Vida y Ahorro

Construye tu futuro ideal

Aliados+
Dólares y UDI 10

Condiciones Generales

Condiciones Generales

Contenido	Página

I. Definiciones **7**

1. Accidente 7
2. Asegurado 7
3. Asegurado Mancomunado 7
4. Beneficiario 7
5. Cáncer Metastásico 7
6. Cáncer No Metastásico 7
7. Compañía 8
8. Contratante 8
9. Enfermedad Preexistente 8
10. Extraprima 8
11. Fondo en Administración 8
12. Invalidez Total y Permanente 8
13. Periodo de Espera 9
14. Póliza o Contrato de Seguro 9
15. Prima 9
16. Recargo Fijo 9
17. Siniestro 9
18. Suma Asegurada 9
19. UMA 9
20. Valores Garantizados 9

II. Objeto del seguro **10**

III. Leyes aplicables **10**

IV. Descripción del seguro **10**

1. Cobertura básica 10
   a. Fallecimiento 10
   b. Supervivencia 10
2. Vigencia 10
3. Edades de aceptación 10

Condiciones • Generales

V. Beneficios incluidos 11

1. Anticipo por Fallecimiento 11
   a. Descripción 11
   b. Periodo de Espera 11
   c. Indemnización del beneficio 11
2. Anticipo por Enfermedades Terminales 11
   a. Descripción 11
   b. Periodo de Espera 12
   c. Indemnización del beneficio 12
   d. Comprobación de Enfermedad Terminal 12
   e. Exclusiones 15

VI. Coberturas adicionales 15

1. Coberturas adicionales por Accidente 15
   a. Descripción 15
   b. Edades de aceptación 17
   c. Indemnización de la cobertura 17
   d. Exclusiones 18
   e. Terminación de la cobertura 18
2. Coberturas Adicionales por Invalidez 19
   a. Descripción 19
   b. Edades de aceptación 19
   c. Periodo de Espera 19
   d. Indemnización de la cobertura 20
   e. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente 20
   f. Exclusiones de la cobertura 21
   g. Terminación de la cobertura 21
3. Cobertura Conyugal (CC) 22
   a. Descripción 22
   b. Edades de aceptación 22
   c. Indemnización de la cobertura 22
   d. Exclusiones 22
   e. Terminación de la cobertura 22
4. Gastos Funerarios (GF) 23
   a. Descripción 23
   b. Edades de aceptación 23
   c. Indemnización de la cobertura 23
   d. Terminación de la cobertura 23

Condiciones Generales

5. Indemnización Adicional por Cáncer (IAC) 23
   a. Descripción 23
   b. Edades de Aceptación 23
   c. Indemnización de la cobertura 24
   d. Comprobación del Cáncer 25
   e. Exclusiones 25
   f. Terminación de la cobertura 25
6. Pago Adicional por Enfermedades Graves (PAE) 26
   a. Descripción 26
   b. Edades de aceptación 29
   c. Indemnización 29
   d. Exclusiones 30
   e. Terminación de la cobertura 30
7. Exención de Pago de Primas por Desempleo 30
   a. Descripción 30
   b. Edades de aceptación 30
   c. Indemnización 31
   d. Exclusiones 31
   e. Terminación de cobertura 31
8. Renovación de Coberturas Adicionales 31

VII. Procedimientos 32

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados 32
2. Préstamo Ordinario 32
3. Préstamo Automático 33
4. Incrementos No Programados de Suma Asegurada 33
5. Disminución de Suma Asegurada 33
6. Pruebas de Asegurabilidad 33
7. Seguro Mancomunado 34
8. Seguro de Ahorro para el Retiro 35

VIII. Cláusulas generales 35

1. Designación de Beneficiarios 35
2. Pago de la Prima 35
3. Moneda 36
4. Corrección del Contrato de Seguro 36
5. Indisputabilidad 37
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones 37
7. Notificaciones 37
8. Cambio de Ocupación 37

Condiciones Generales

9. Rehabilitación 38
10. Suicidio 38
11. Comprobación del Siniestro 39
12. Verificación de Edad 39
13. Pago del Seguro 39
14. Intereses Moratorios 40
15. Impuestos 40
16. Prescripción 40
17. Competencia 40
18. Terminación del Contrato de Seguro 41
19. Revelación de Comisiones 41
20. Entrega de la Póliza 41

IX. Listado de abreviaturas 41

X. Artículos citados 42

1. Ley sobre el Contrato de Seguro 42
2. Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros 44
3. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 46
4. Ley del Impuesto sobre la renta 48

XI. Registro 49

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

Seguro Aliados+ Dólares y UDI 10

Vida y Ahorro

Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Accidente

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Asegurado

Persona(s) designada(s) en el Contrato de Seguro sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

3. Asegurado Mancomunado

Segunda persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza, de acuerdo con el funcionamiento de cada una de las coberturas descritas en el presente contrato. El Asegurado Mancomunado deberá firmar la solicitud de seguro dando su consentimiento para la celebración del Contrato de Seguro.

4. Beneficiario

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.

5. Cáncer Metastásico

Es 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 a órganos distantes, clasificado en Estadio IV, cualquier T, cualquier N y M1 de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

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 de Indemnización Adicional por Cáncer.

6. Cáncer No Metastásico

Es 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.

7. Compañía
AXA Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante la Compañía, es la institución que, 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.

8. Contratante
Persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro, y que se compromete a realizar el Pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en este 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 persona moral, no podrá contratar coberturas para sí mismo ni Seguro de Ahorro para el Retiro.

El Contratante es la única persona que puede hacer uso del derecho que otorga la cláusula de Valores Garantizados.

9. 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 y/o
b. Provoque un gasto.

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

11. Fondo en Administración
Es el fondo que se constituye por aquellos Dotales a Corto Plazo contratados expresamente por el Contratante que llegan a su vencimiento y no son retirados por él, por lo que permanecerán en ese Fondo en Administración, acreditándose los intereses que lleguen a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

a. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Asegurado por el resto de su vida para desempeñar su trabajo habitual u otro trabajo apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social.
b. 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:
    1) Una Enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta,
    2) Una Enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
    3) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Se entenderá por:

1) Pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.
2) Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.
3) Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.
4) Anquilosis: fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

13. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura, o del diagnóstico de la Enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

14. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la carátula de la Póliza, las condiciones generales, los endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

15. Prima

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

16. Recargo Fijo

Es el monto actualizable periódicamente que se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

17. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista y cubierta por el presente Contrato de Seguro, que da origen al pago de la Suma Asegurada.

18. 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.

19. UMA

Unidad de Medida y Actualización definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, leyes de las entidades federativas y de las disposiciones jurídicas que emanen de las leyes mencionadas. El valor mensual de la UMA se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 (treinta punto cuatro) veces y su valor anual se calcula multiplicando su valor mensual por 12 (doce).

20. Valores Garantizados

Son los derechos que tiene el Contratante en caso de no continuar con el Pago de la Prima o cancelar la Póliza. Los Valores Garantizados son: valor en efectivo o Rescate, seguro saldado o seguro prorrogado.

II. Objeto del seguro

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

III. 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, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, Ley del Impuesto sobre la Renta y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

IV. Descripción del seguro

1. Cobertura básica

a. Fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura en una sola exhibición, o en 2 (dos) exhibiciones en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

b. Supervivencia

En caso de que el Asegurado llegue con vida al final del plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura en una sola exhibición, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

La Suma Asegurada, Prima, Plazo del Seguro y vigencia estarán especificados en la carátula de la Póliza.

2. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y vencerá al terminar el plazo de seguro contratado. La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía en cuanto el Contratante rescate la Póliza.

3. Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para la cobertura básica son las comprendidas entre 14 (catorce) y 70 (setenta) años. Para el Seguro de Ahorro para el retiro son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años. Para Seguro Mancomunado son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años.

V. Beneficios incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

a. Descripción

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un monto equivalente a 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada por la cobertura de Fallecimiento, topado al equivalente de 3 (tres) veces el valor anual de la UMA, a la fecha del pago.

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

b. Periodo de Espera

El Anticipo por Fallecimiento será procedente siempre y cuando hayan transcurrido al menos 2 (dos) años contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza, de su última Rehabilitación o de la contratación de un incremento no programado de Suma Asegurada de la cobertura básica.

c. Indemnización del beneficio

El Beneficiario deberá solicitar por escrito el pago del anticipo, anexando copia simple del certificado de defunción, de su identificación oficial vigente por ambos lados y de la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario en caso de que cuente con ella.

El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del Siniestro, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

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 a este corresponda sobre la cobertura sea mayor al importe del anticipo que la Compañía conviene pagar bajo la presente cláusula. En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, este se otorgará en la proporción que corresponda de acuerdo con la designación efectuada por el Asegurado.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

a. Descripción

La Compañía anticipará al Asegurado el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada vigente de la cobertura de Fallecimiento, topado a 50 veces el valor anual de la UMA y sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que se le diagnostique al Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, alguna de las siguientes Enfermedades Terminales:

1) Infarto al miocardio
2) Enfermedad Coronaria Obstructiva
3) Accidente Vascular Cerebral
4) Cáncer
5) Insuficiencia renal

Siempre y cuando se cumpla con la condición de que se haya 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 debe ser dictaminada y documentada por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Además de las Enfermedades Terminales antes citadas, cualquier Enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal –es decir, progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses– para ser cubierta por este beneficio, el diagnóstico deberá constar por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, fechado y firmado.

La Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado 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 Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

Este anticipo cubre al Asegurado solo por una Enfermedad terminal y por una sola ocasión durante el plazo del seguro.

b. Periodo de Espera

Deberán transcurrir al menos 3 (tres) meses continuos e ininterrumpidos entre la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza y el diagnóstico del estado de Enfermedad Terminal, emitido por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c. Indemnización del beneficio

La Compañía pagará el Anticipo por Enfermedad Terminal si se cumplen las siguientes condiciones:

1) Que la Póliza se encuentre vigente al momento del diagnóstico del estado de Enfermedad Terminal.
2) 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.
3) Se cumpla con el Periodo de Espera establecido en el inciso b. Periodo de Espera.
4) 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 que su fallecimiento ocurra dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Enfermedad Terminal, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico, legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y la especialidad correspondiente. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

d. Comprobación de Enfermedad Terminal

Para efectos de este Contrato de Seguro, las Enfermedades Terminales tendrán que cumplir con las siguientes características para ser consideradas como tales:

1) **Infarto al miocardio**
Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (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:
a) Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
b) Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
c) Elevación de los niveles de las enzimas cardiacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:
a) El Infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, dentro de la cual, los 3 (tres) primeros días fueran en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.
b) El Infarto al miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual y
c) 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, 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.

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:
a) 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.
b) 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.

3) **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:

c) La evidencia del daño neurológico permanente sea confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente, y

d) 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.

4) Cáncer

Para efectos de este beneficio, se entenderá como cáncer la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, 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, 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).

5) Insuficiencia renal

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones por cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, con la cual es 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.

e. Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

1) **El intento de Suicidio, lesión dolosa o intencional.**
2) **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
3) **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 de vigencia de la Póliza o solicitud de incremento de Suma Asegurada, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**
4) **Diagnóstico de una condición de enfermedad terminal 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, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado 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 Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

En caso de que por las condiciones o características especiales del Siniestro se requiera información adicional, la Compañía podrá solicitar documentos e información relacionada con el mismo por las cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

VI. Coberturas adicionales

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

Las Primas y Sumas Aseguradas que correspondan a cada una de las coberturas adicionales contratadas se especificarán en la Carátula de Póliza.

1. Coberturas adicionales por Accidente

a. Descripción

1) **Muerte Accidental (DI)**
Mediante la contratación de esta cobertura, 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.

2) **Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO)**
Mediante la contratación de esta cobertura, 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%

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

La indemnización para esta cobertura se pagará siempre y cuando:

a) La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del fallecimiento o pérdida orgánica.
b) La edad del Asegurado esté dentro de las edades de aceptación para esta cobertura al momento del fallecimiento o pérdida orgánica.
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 entregará 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.

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

Mediante la contratación de esta cobertura, 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%

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

La Compañía pagará en forma adicional el 100% (cien por ciento) de la indemnización de esta cobertura, si el Asegurado fallece:

a) Al accidentarse el vehículo en el cual viajare como pasajero, siempre y cuando dicho vehículo sea de servicio público terrestre, 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) Al accidentarse el ascensor en el cual viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio abierto al público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

Esta cobertura no aplica en caso de que el Asegurado viaje como pasajero en cualquier tipo de transporte aéreo.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad.

c. Indemnización de la cobertura

La indemnización para estas coberturas se pagará siempre y cuando:

1) La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del fallecimiento o pérdida orgánica.
2) La edad del Asegurado esté dentro de las edades de aceptación para esta cobertura al momento del fallecimiento o pérdida orgánica.
3) El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.
4) La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se entregará al propio Asegurado. La indemnización correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a los Beneficiarios designados para la Cobertura Básica.

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.

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 alcanzada en estas coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos, varias de las pérdidas cubiertas.

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

d. Exclusiones

Las coberturas adicionales por Accidente no aplican en los siguientes casos:

1) Fallecimiento o pérdidas orgánicas 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) Cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos, salvo para la cobertura de Muerte Accidental Colectiva.**
- **d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- **e) Eventos o actividades 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) Fallecimiento o pérdidas orgánicas originados 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 cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- **d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **e) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente, como consecuencia de este.**
- **f) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público, cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- **g) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando hubieren sido prescritas por un médico.**

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

e. Terminación de la cobertura

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 que resulta de la edad de ambos Asegurados sea 70 (setenta) años.
2) Al término del plazo de seguro.

3) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
4) A solicitud expresa del Contratante.
5) Al pago de la Suma Asegurada de esta Cobertura.

2. Coberturas Adicionales por Invalidez

No aplica para el Asegurado Mancomunado.

a. Descripción

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

En el caso de que al Asegurado Titular le sea dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente, y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía lo eximirá del pago de las Primas del Contrato de Seguro por el resto del plazo contratado. La Póliza quedará de este modo vigente y el Asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le conceden.

No aplica si el Asegurado Titular es diferente del Contratante

2) Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente

En el caso de que al Asegurado Titular le sea dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente, y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía le indemnizará con la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura.

Una vez determinada la procedencia de alguna de las coberturas adicionales por Invalidez, el Asegurado ya no podrá solicitar la contratación de nuevas coberturas o modificación de la Suma Asegurada de la Póliza.

En caso de que la Enfermedad o Accidente que provoquen el estado de invalidez, pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el Siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado en virtud de su capacidad económica.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 55 (cincuenta y cinco) años. Estas coberturas terminarán al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años.

c. Periodo de Espera

Para que esta cobertura opere deberá transcurrir un Periodo de Espera continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses, contados a partir de que una institución o médico especialista dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente. Durante dicho periodo el Asegurado deberá continuar con el Pago de la Prima.

El Periodo de Espera mencionado en el párrafo anterior es el tiempo necesario para determinar la existencia y procedencia de la Invalidez Total y Permanente. Este periodo solo aplica para el inciso a. de la definición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez durante el Periodo de Espera antes descrito, esta cobertura no surtirá efecto.

d. Indemnización de la cobertura

1) Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI)
Esta cobertura surtirá efecto en la fecha en que el Asegurado compruebe a la Compañía su estado de Invalidez Total y Permanente dentro de la vigencia de esta cobertura y haya transcurrido el Periodo de Espera aplicable.

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.

Si el Asegurado se niega a la comprobación, cesará esta cobertura y el Asegurado deberá reanudar el pago de Primas a partir de la siguiente parcialidad de la fecha en que se niegue a comprobar su estado de salud.

2) Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)
La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada vigente si se cumplen las siguientes condiciones:

a) Que el estado de Invalidez Total y Permanente sea dictaminado durante la vigencia de esta cobertura.
b) Que haya transcurrido el Periodo de Espera fijado para esta cobertura.

La indemnización correspondiente a Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente se entregará al propio Asegurado.

En caso de que, como consecuencia de la Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado, este quede imposibilitado para recibir el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, el pago correspondiente se entregará al Beneficiario designado para la cobertura básica.

e. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

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 de institución de Seguridad Social, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia.

Para Asegurados que no estén inscritos en una Institución de Seguridad Social, el Contratante o Asegurado deberá presentar un dictamen médico emitido por alguna Institución de Salud Pública especializada en el tipo de padecimientos que dieron origen al estado de Invalidez Total y Permanente, así como de todos los exámenes, estudios y documentos que sirvieron de base para determinarla, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de un estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un perito médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado 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 Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

f. Exclusiones de la cobertura

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

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

e) Eventos o actividades 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.

c) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público, cualquiera que sea el grado de intoxicación.

d) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando hubieren sido prescritas por un médico.

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

f) Exposición o radiaciones atómicas o derivadas de estas.

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

3) Enfermedades preexistentes que ocasionen un estado de invalidez durante la vigencia de la Póliza.

4) Estados de Invalidez que se originen cuando esta Póliza haya sido convertida a seguro saldado o seguro prorrogado.

5) Tratándose del Asegurado Mancomunado.

g. Terminación de la cobertura

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

1) El Pago de la Indemnización de esta Cobertura.
2) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
3) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años.

4) El pago de la indemnización de la Cobertura de Fallecimiento.
5) A solicitud expresa del Contratante.

3. Cobertura Conyugal (CC)

No aplica para el seguro mancomunado.

a. Descripción

Mediante la contratación de esta cobertura, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios designados por el cónyuge asegurado con la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura, si el fallecimiento de dicho cónyuge asegurado ocurriera dentro de la vigencia de esta. Se deberá contar con el consentimiento previo y por escrito del cónyuge asegurado, quien deberá designar a sus Beneficiarios.

La Suma Asegurada para esta cobertura será igual o menor a la del Asegurado Titular por fallecimiento, sujeta a requisitos de asegurabilidad.

Para que esta cobertura surta efecto se deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten el fallecimiento del cónyuge asegurado.

En caso de que el Asegurado Titular y el cónyuge asegurado fallecieran a consecuencia del mismo Accidente, siempre que la muerte de ambos sucediera dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del evento, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a los Beneficiarios del cónyuge asegurado.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 90 (noventa) años.

c. Indemnización de la cobertura

La Suma Asegurada contratada para esta cobertura y que aparece en la carátula de la Póliza, se pagará previa comprobación de la muerte del cónyuge 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. Exclusiones

No se pagará la Suma Asegurada en caso de suicidio del cónyuge asegurado, cualquiera que haya sido la causa y/o estado mental y/o físico de este, dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura.

e. Terminación de la cobertura

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

1) Al finalizar el plazo del Contrato de Seguro.
2) Al vencimiento del aniversario en que el cónyuge asegurado cumpla 90 (noventa) años de edad.
3) Al pago de la Suma Asegurada por fallecimiento del Asegurado Titular o del cónyuge asegurado.
4) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
5) A solicitud expresa del Contratante.

4. Gastos Funerarios (GF)

a. Descripción

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios designados por el Asegurado con la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura, si el fallecimiento de dicho Asegurado ocurriera dentro de la vigencia de esta.

Esta cobertura tiene una vigencia máxima de 10 años, renovable hasta el límite de la edad de aceptación.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 80 (ochenta) años.

c. Indemnización de la cobertura

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. Terminación de la cobertura

Esta cobertura terminará en los siguientes casos:

1) Al finalizar el plazo del Contrato de Seguro.
2) Al efectuar el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura.
3) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 80 (ochenta) años.
4) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
5) A solicitud expresa del Contratante.

5. Indemnización Adicional por Cáncer (IAC)

No aplica para el Asegurado Mancomunado.

a. Descripción

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.

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.

La edad máxima de renovación para efectos de esta cobertura será de 64 (sesenta y cuatro) años.

b. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años.

c. Indemnización de la cobertura

1) Anticipo por Cáncer No Metastásico

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

a) Que la Póliza y, en su caso, el endoso de inclusión de esta cobertura, se encuentren vigentes al momento del diagnóstico.
b) 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.**
c) Que se cumpla con el Periodo de Espera establecido para esta cobertura.
d) Que se presenten las pruebas de la ocurrencia del evento mencionadas en el inciso d. Comprobación del Cáncer.

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.

2) Indemnización por 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:

a) Que la Póliza y, en su caso, el endoso de inclusión de esta cobertura, se encuentren vigentes al momento del Diagnóstico de Cáncer.
b) Que se cumpla con el Periodo de Espera establecido para esta cobertura.
c) Se presenten las pruebas de la ocurrencia del evento mencionadas en el inciso d. Comprobación del Cáncer.

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 esta, la Suma Asegurada para esta cobertura se pagará a los Beneficiarios designados para la cobertura de Básica. 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 “1) 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.

d. 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 cáncer preexistente, el reclamante podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del reclamante y la Compañía.

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.

e. Exclusiones

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 premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado de malignidad, dictaminado por histopatología 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 con un pronóstico de cáncer a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.**

f. Terminación de la cobertura

Esta cobertura terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de realizarse alguno de los siguientes supuestos:

1) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años.
2) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.

3) Al término del plazo de la cobertura.
4) A solicitud expresa del Contratante.

6. Pago Adicional por Enfermedades Graves (PAE)

No aplica para el Asegurado Mancomunado.

a. Descripción

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura, en caso de que el Asegurado requiera un procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (bypass o puente aortocoronario), un Trasplante de Órganos Mayores o se le diagnostique alguna de las enfermedades graves listadas para esta cobertura, entendiéndose por estas aquellas enfermedades crónicas degenerativas con daño permanente del órgano afectado sustentado documentalmente, y de acuerdo con los criterios especificados en cada una de ellas.

Para el pago de la Suma Asegurada correspondiente, el diagnóstico deberá incluir todos los criterios que se describen a continuación:

1) Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (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.

Para el pago de la Suma Asegurada correspondiente, el diagnóstico deberá incluir todos los criterios que se describen a continuación:

a) Correlación clínica con nuevos cambios electrocardiográficos, ecocardiográficos y/o en pruebas de perfusión miocárdica indicativos del infarto.
b) Elevación de los niveles de cuando menos 3 (tres) de las enzimas cardiacas siguientes con la evolución indicada:

1. De CPK TOTAL a partir de 4 (cuatro) a 8 (ocho) horas, del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 18 (dieciocho) y 30 (treinta) horas con normalización entre 72 (setenta y dos) y 96 (noventa y seis) horas.
2. De CPK-MB a partir de 3 (tres) a 6 (seis) horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 (doce) y 24 (veinticuatro) horas con normalización entre 24 (veinticuatro) a 72 (setenta y dos) horas.
3. De TnIc (Troponina I) a partir de 3 (tres) a 4 (cuatro) horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 (doce) y 20 (veinte) horas con normalización entre 7 (siete) a 9 (nueve) días.
4. De TnTc (Troponina T) a partir de 4 (cuatro) a 6 (seis) horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 y 20 horas con normalización entre 10 (diez) a 14 (catorce) días.
5. De DHL a partir de 12 (doce) a 16 (dieciséis) horas, valor máximo entre 30 (treinta) a 40 (cuarenta) horas con normalización de 10 (diez) a 12 (doce) días.
6. De TGO a partir de 8 (ocho) a 12 (doce) horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 24 (veinticuatro) a 48 (cuarenta y ocho) horas con normalización entre 3 (tres) a 5 (cinco) días.
7. De mioglobina a partir de 2 (dos) horas del comienzo de los síntomas, valor máximo a las 8 (ocho) horas con normalización a las 18 (dieciocho) horas.

Esta cobertura no aplica en caso de Síndromes coronarios agudos.

Adicionalmente, se procederá al pago de esta cobertura si se cumplen todas las condiciones siguientes:

a) El Infarto al Miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en una unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
b) Se demuestre a la Compañía un daño permanente en el músculo cardiaco, seguido del Infarto al Miocardio 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, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
c) Los resultados médicos deben estar soportados mediante evidencia que confirmen que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

2) Accidente Vascular Cerebral

Muerte del tejido cerebral debido a una irrigación inadecuada de sangre o a una hemorragia cerebral que resulte en daño neurológico permanente con síntomas clínicos que persistan por más de 3 (tres) meses. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal, trombosis y embolia cerebral.

Esta cobertura no aplica en caso de:

a) Ataque isquémico transitorio.
b) Lesión traumática en tejido cerebral o vasos sanguíneos.

Se procederá al pago de esta cobertura si se cumplen todas las condiciones siguientes:

a) La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente.
b) Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad grave 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, así como el periodo en que se determinó el daño neurológico.
c) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

3) Cáncer

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 (enfermedad maligna de las células que dan color a la piel), sarcoma, leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático) todas ellas en su forma diseminada, excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.

Esta cobertura no aplica en caso de:

a) Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología (estudio de las células de una parte del organismo) y por el médico especialista como diagnóstico final.

b) Cualquier Cáncer de piel distinto del melanoma maligno que ha sido clasificado histológicamente como haber causado la invasión más allá de la epidermis (capa externa de la piel).
c) Carcinomas basocelulares y espinocelulares.
d) Linfoma cutáneo confinado exclusivamente a piel.
e) 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.
f) 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).
g) Sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).
h) Enfermedad Preexistente o con un pronóstico de cáncer a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.

4) 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 de esta cobertura si se cumplen todas las condiciones siguientes:
a) Se demuestre a la Compañía el fallo total, permanente e irreversible de ambos riñones 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, así como el periodo en que se determinó el daño.
b) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

5) Procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (baipás o puente aortocoronario)
Operación quirúrgica con tórax abierto que se utiliza para la corrección del estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (baipás o puente aortocoronario), ya sea en venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante una angiografía coronaria y notificada por un cardiólogo legalmente autorizado para el ejercicio de la especialidad.

Esta cobertura no aplica en caso de cualquier otro tipo de tratamiento o intervención que no sea el específicamente mencionado como Revascularización Miocárdica (baipás o puente aortocoronario) por Cirugía, tales como: la angioplastia coronaria, colocación de stents (malla autoexpandible que abre la arteria) y trombosis.

6) Trasplante de Órganos Mayores

Es el que se realiza al Asegurado como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón (completo), pulmón, hígado y riñón.

Esta cobertura no aplica en caso de trasplante de otros órganos o parte de ellos, tejidos o células.

Se procederá al pago de esta cobertura si se cumplen todas las condiciones siguientes:

a) Se demuestre a la Compañía que se ha tenido un Trasplante de Órganos Mayores 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, así como el periodo en que se diagnosticó el daño.
b) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

Cuando las características especiales del caso lo ameriten, la Compañía podrá solicitar información médica adicional o de especialista(s) distinto(s) a los mencionados en los incisos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con la enfermedad o procedimiento de que se trate.

Esta cobertura adicional cubre al Asegurado por presentar solo una de las enfermedades antes mencionadas por única ocasión.

Esta cobertura adicional estará sujeta a las siguientes condiciones:

a) Que la cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento de la realización del riesgo.
b) Que la enfermedad o procedimiento se inicie y sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza.

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, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado 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 Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 55 (cincuenta y cinco) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años.

c. Indemnización

El pago de la Suma Asegurada procederá siempre que los primeros síntomas de las enfermedades o procedimientos antes mencionados se presenten una vez transcurridos 3 (tres) meses contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

Esta cobertura estará en vigor por el plazo de seguro contratado y mientras la edad del Asegurado se encuentre dentro del rango de edades de aceptación.

En caso de presentarse alguna de las enfermedades o procedimientos antes mencionados, el Asegurado deberá demostrar la existencia, el inicio de la enfermedad y el periodo de evolución al solicitar el pago de la Suma Asegurada, mediante pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete, 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) y específicos, incluyendo un informe detallado, fechado y firmado por un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión, que corresponda. Se indemnizará la Suma Asegurada de esta cobertura, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

d. Exclusiones

En forma adicional a las exclusiones establecidas en forma particular, esta cobertura no aplica en los siguientes casos:

a) El intento de suicidio o lesión intencional del Asegurado.
b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes o psicotrópicos.
c) Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad.
d) Enfermedad Preexistente.
e) Tratándose de Asegurado Mancomunado.

e. Terminación de la cobertura

Esta cobertura adicional se cancelará en los siguientes casos:

1) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años.
2) Al Pago de la Indemnización de esta Cobertura.
3) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
4) A solicitud expresa del Contratante.

7. Exención de Pago de Primas por Desempleo

No aplica para el Asegurado Mancomunado.

a. Descripción

Mediante la contratación de esta cobertura, la Compañía se obliga, en caso de que el Asegurado quede desempleado involuntariamente y deje de percibir ingresos como contraprestación por un trabajo subordinado, a exentar al Asegurado por única ocasión del pago de la Prima pactada en este Contrato de Seguro por el lapso de un año, contado a partir de la fecha en que el Asegurado presente su reclamación escrita a la Compañía, adjuntando toda la documentación e información necesaria que permita conocer las circunstancias y pormenores de la eventualidad prevista en esta cobertura.

Esta cobertura será válida única y exclusivamente para aquellos Asegurados que reúnan las siguientes características:

1) Que reúnan la calidad de Contratante y Asegurado en este Contrato de Seguro.
2) Que hayan tenido el carácter de empleado de nómina con contrato definitivo de trabajo firmado con una antigüedad mínima de seis meses a la fecha de reclamación de la cobertura.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años.

c. Indemnización

Esta cobertura tiene un Periodo de Espera de seis meses contados a partir de la fecha de su contratación, por lo que su cumplimiento será exigible única y exclusivamente si el desempleo involuntario del Asegurado (Contratante) ocurre con posterioridad a dicho Periodo de Espera.

En caso de rehabilitación de este Contrato de Seguro, se reinstalará el Periodo de Espera de 6 meses a que se refiere el párrafo anterior.

El Asegurado (Contratante) deberá realizar la reclamación de esta cobertura dentro de los 30 (treinta) días anteriores a la fecha de vencimiento de la Prima correspondiente al siguiente periodo.

Esta cobertura única y exclusivamente es exigible una vez durante la vigencia de este Contrato de Seguro.

d. Exclusiones

Esta cobertura no aplica en los siguientes casos:

1) **Desempleo por: renuncia, jubilación, terminación de la vigencia del contrato de trabajo o huelga.**
2) **Cuando el desempleo se origine por incapacidad total y permanente del Asegurado.**
3) **Seguro mancomunado.**
4) **Empleados que laboran fuera del territorio nacional.**
5) **Cuando el Contratante sea una persona distinta del Asegurado.**

e. Terminación de cobertura

Esta cobertura terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de actualizarse alguno de los siguientes supuestos:

1) Al momento en que la Compañía haga efectiva esta cobertura.
2) Al haberse determinado la procedencia de pago de cualquiera de las coberturas de Invalidez Total y Permanente o por indemnización del 100% (cien por ciento) de Pérdidas Orgánicas.
3) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato.
4) A solicitud expresa del Contratante.
5) Al finalizar el aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
6) Al término del plazo del seguro.

8. Renovación de Coberturas Adicionales

Para la cobertura de Gastos Funerarios antes descrita, la contratación se realiza por una vigencia máxima de 10 años, para las Pólizas contratadas por plazos iguales o menores a 10 años no aplica renovación. Para Pólizas contratadas por plazos mayores a 10 años, la vigencia de las coberturas adicionales arriba indicadas se entenderá renovada de forma automática al término de los 10 años a edad alcanzada, respetando los mismos términos y condiciones originalmente contratados.

VII. Procedimientos

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados

El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado y el número de años de Primas pagadas. Estos montos se podrán consultar en la tabla de Valores Garantizados de esta Póliza.
El Contratante podrá hacer uso de uno de los Valores Garantizados que se describen a continuación.

1) **Valor en efectivo o rescate.**
   El Contratante podrá obtener como valor en efectivo de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondientes, de acuerdo con la edad de ingreso al seguro y al número de años que la Póliza haya estado en vigor. Si el Contratante cubre la Prima en exhibiciones parciales, tal valor se calculará tomando en cuenta las exhibiciones parciales pagadas y en ambos casos, el tiempo transcurrido. Aplicará la retención de acuerdo con la legislación vigente al momento del rescate.

2) **Seguro saldado.**
   La Compañía reducirá la Suma Asegurada de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas; por lo que, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, o al final del periodo en caso de supervivencia, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

3) **Seguro prorrogado.**
   El seguro prorrogado mantiene el plan en vigor sin más pago de Primas, por la Suma Asegurada vigente a la fecha en que se haga efectivo este beneficio, durante el periodo que marca la tabla de Valores Garantizados respectiva. Si en la tabla de Valores Garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, esta será pagada al propio Contratante en caso de supervivencia del Asegurado final del periodo del seguro prorrogado.

   Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el Contratante deberá solicitar por escrito, dentro de los treinta días naturales siguientes al vencimiento de la Prima no pagada, la opción elegida para el uso del Valor Garantizado, en cuyo caso quedarán canceladas las coberturas y cláusulas adicionales de esta Póliza.

   Si en la fecha de solicitud del valor garantizado elegido, la Póliza se encuentra gravada con alguna deuda, esta deberá ser liquidada a la Compañía, o bien se reducirá el importe de la deuda en la opción elegida.

2. Préstamo Ordinario

El Contratante podrá solicitar un préstamo con garantía de su valor en efectivo. El monto de este préstamo, más los impuestos aplicables en caso de cancelación o rescate de conformidad con la legislación fiscal vigente e intereses que la Compañía determine, no podrá ser mayor al valor en efectivo al que el Contratante tuviera derecho.

Al momento de solicitarse el préstamo, los intereses se cobrarán por anticipado por el tiempo que falte por transcurrir del año Póliza.

Las deudas contraídas por préstamo podrán ser pagadas por el Contratante y/o Asegurado en cualquier momento, ya sea en un solo pago o en pagos parciales, siempre que la Póliza esté en vigor. Todas las deudas contraídas en virtud de esta cláusula serán compensadas con la liquidación final que otorgará la Compañía al momento de dar por terminado el Contrato de Seguro.

Los intereses se calcularán multiplicando el monto del préstamo por la tasa de interés aplicada proporcionalmente por el tiempo que falte por transcurrir el año Póliza. Una vez que se cumpla el aniversario de la Póliza, si

no se ha liquidado la deuda, nuevamente se cobrarán los intereses anuales correspondientes al nuevo año sobre el saldo insoluto del préstamo a la fecha del aniversario y así sucesivamente cada año Póliza que transcurra sin que el Contratante liquide el préstamo.

La tasa de interés que se aplicará será la que determine la Compañía para tales efectos y será informada al Contratante.

La Póliza continuará en vigor mientras el monto del adeudo, más sus intereses e impuestos aplicables, sea inferior al Valor en Efectivo. **En el momento en que el adeudo total más los impuestos aplicables iguale o supere el Valor en Efectivo, si el Contratante no liquida dicho préstamo, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente, quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tenga por el presente Contrato de Seguro.**

3. Préstamo Automático

Si el Contratante deja de cubrir una Prima vencida, expresamente autoriza a la Compañía a otorgarle un préstamo con garantía del valor en efectivo disponible, de acuerdo con la cláusula de Préstamo Ordinario. Cuando el monto disponible sea menor a la Prima vencida, esta Póliza continuará en vigor por los días que dicha cantidad alcance a amparar.

4. Incrementos No Programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en cualquier momento y la aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos, siempre que no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales, que el Asegurado no rebase la edad de 70 (setenta) años, y no se haya pagado alguna cobertura adicional al Asegurado.

En caso de aceptar el incremento, la Prima correspondiente estará en función de la edad que tenga el Asegurado al inicio del aniversario de la Póliza en que se otorgue el 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 la Prima 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 y se entregará al Asegurado el endoso correspondiente.

El plazo mínimo para solicitar los incrementos será de 5 años antes del vencimiento de la Póliza.

5. Disminución de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones en el importe de la Suma Asegurada de su Póliza, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y estas se soliciten con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago de Prima 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. 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 y se entregará al Contratante el endoso correspondiente y la diferencia en Valor de Rescate a que tiene derecho derivado de la Disminución de Suma Asegurada.

6. Pruebas de Asegurabilidad

Son todos los elementos 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.

7. Seguro Mancomunado

En caso de contratarse esta modalidad en el seguro, la cobertura básica y los beneficios incluidos aplicarán igual tanto para el Asegurado como para el Asegurado Mancomunado.

Para el cálculo de la Prima y de los Valores Garantizados, se tomará la edad del Asegurado y del Asegurado Mancomunado 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.

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

1) Para fines de esta cláusula, al Asegurado en favor de quien se contrata la misma se denominará Asegurado Mancomunado. En el endoso de Asegurado Mancomunado se hará constar su nombre y calidad como Asegurado.
2) 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 de los Valores Garantizados, sobre los cuales solamente tiene derecho el Contratante.**
3) En caso de ocurrir a cualquiera de los Asegurados (Asegurado o Asegurado Mancomunado) alguno de los riesgos cubiertos por este seguro, se cubrirá el primer evento, cancelándose la cobertura afectada; o el seguro en caso de fallecimiento.
4) En caso de fallecimiento del Asegurado o Asegurado Mancomunado, se seguirán las siguientes reglas:
   a) La Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca, quedando cancelado el seguro.
   b) 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.
   c) En caso de fallecimiento de uno de los Asegurados, el sobreviviente tendrá derecho a solicitar un seguro de vida individual para sí mismo, a edad alcanzada y con las coberturas vigentes, sin necesidad de presentar Pruebas de Asegurabilidad y deberá cumplirse con lo siguiente:
      1. Que se solicite dentro de los 30 (treinta) días siguientes al fallecimiento.
      2. La edad alcanzada se encuentra dentro de los límites de aceptación para este seguro.
      3. La nueva Suma Asegurada no podrá ser superior a la del seguro anterior.
      4. Se podrán contratar las mismas coberturas que en esta Póliza, siempre que aún se comercialicen por la Compañía, y que la edad del solicitante se encuentre dentro de los límites de aceptación.
5) En caso de sufrir algunos de los eventos incluidos en la Póliza, cuya indemnización implique un pago al Asegurado:
   a) La Compañía, una vez transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, pagará la Suma Asegurada al primero de los Asegurados que sufra alguno de los eventos cubiertos, cancelándose las coberturas correspondientes de acuerdo con lo estipulado en la Póliza.
   b) En caso de presentarse el evento cubierto de forma simultánea, la Suma Asegurada de las coberturas correspondientes se distribuirá 50% (cincuenta por ciento) para un Asegurado y 50% (cincuenta por ciento) para el otro, después de transcurrir el Periodo de Espera correspondiente, cancelándose las coberturas correspondientes de acuerdo con lo estipulado en la Póliza.

8. Seguro de Ahorro para el Retiro

No aplica en Seguro Mancomunado.

Las Pólizas que se contraten en la modalidad de Ahorro para el Retiro, quedarán reguladas por las disposiciones fiscales establecidas en el Artículo 185 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

El Contratante y Asegurado deberán ser la misma persona física, el plazo de contratación no podrá ser inferior a 5 años, la edad de retiro no podrá ser inferior a 55 años y no se podrán otorgar préstamos por ningún concepto.

En caso de contratar la modalidad de Seguro de Ahorro para el Retiro, se especificará en la carátula de Póliza y se entregará el endoso correspondiente.

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado y el Asegurado Mancomunado tendrán derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía.

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

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 este último 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, 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; en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza, la cual se comunicará al Contratante.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 (treinta) días naturales contados a partir del inicio del periodo cubierto por el recibo de primas, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o débito, pago referenciado en bancos (pago en ventanilla del banco, pago en línea por transferencia o cargo a tarjeta bancaria), en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional o extranjero), este se recibirá salvo buen cobro. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor. En los casos de pago de Prima mediante cargo automático a Tarjeta de Crédito o Débito, el Asegurado deberá verificar que se realizó el cargo correspondiente, en caso contrario podrá efectuar el Pago de la Prima a través de los medios antes citados.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Unidades de Inversión (UDI) 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 será liquidado 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.

1) **Unidades de Inversión (UDI)**
   El valor de la UDI será el publicado en el Diario Oficial de la Federación en el renglón correspondiente a Unidades de Inversión. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, esta Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI, en su caso se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.
2) **Dólares de los Estados Unidos de América**
   La moneda de curso legal en los Estados Unidos de América. 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).

Solo 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:

1) la solicitud del seguro,
2) el cuestionario médico o
3) 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 Asegurado Mancomunado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, siempre y cuando haya ejercido influencia sobre el Siniestro, se ajustará la Suma Asegurada de la Póliza de acuerdo con lo que el Asegurado o Asegurado Mancomunado pueda alcanzar con las Primas pagadas.

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, de acuerdo con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 del plazo del seguro. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de Rehabilitación firmada por el Contratante y Asegurado.
2) Que el Asegurado y Asegurado Mancomunado, en su caso, reúnan las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
3) Cubrir el importe del costo de la Rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará 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. Suicidio

En caso de fallecimiento por Suicidio del Asegurado o del Asegurado Mancomunado 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 solo pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a 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 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 Enfermedades Terminales 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

11. Comprobación del Siniestro

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

1
) Póliza original, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
2) Solicitud de reclamación.
3) Acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios.
4) Acta de defunción.
5) Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar al fallecimiento.
6) Identificación oficial Vigente del Asegurado, tratándose de la cobertura de Invalidez Total y Permanente, Exención de Primas por Invalidez Total y Permanente y Desempleo.
7) Identificación y comprobante de domicilio del Beneficiario.

En caso de que por las condiciones o características especiales del Siniestro se requiera información adicional, la Compañía podrá solicitar documentos e información relacionada con el mismo por las cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

12. 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 Asegurado Mancomunado 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.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura. La Compañía se reserva a la validación de la edad del Asegurado de acuerdo con lo establecido en los artículos 171 y 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, esta última anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

13. Pago del Seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada 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, y deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por 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.

14. 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 dicha documentación 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.

15. 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.

16. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán

1) En cinco años, tratándose de la cobertura de Fallecimiento en los seguros de vida.
2) En dos años, en los demás casos.

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

Lo anterior en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

17. 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, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien esta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes 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.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro:
Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE):
Teléfono: 55 5169 2746 (opción 1) u 800 737 7663 (opción 1). Domicilio: Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx o ingresa a axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente

O bien, contacta a Condusef: Dirección Av. Insurgentes Sur 762, alcaldía Benito Juárez, col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Teléfono: 800 999 8080 en el territorio nacional y 55 5340 0999 en la Ciudad de México. Página web: www.condusef.gob.mx. Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

18. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, cuando ocurra cualquiera de los siguientes casos:

1) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
2) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.

3) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
4) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía o por conducto de su agente. Al momento de presentar la solicitud de cancelación, la Compañía entregará al Contratante, previa identificación de este, el acuse de recibo correspondiente.
5) Por la liquidación del valor de Rescate que corresponda, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Funcionamiento de los Valores Garantizados.
6) Por lo estipulado en la cláusula de Préstamo Automático y Préstamo Ordinario.
7) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado "cláusulas generales" de este Contrato. 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 el Contrato de Seguro cesará automáticamente sus efectos.

19. 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.

20. Entrega de la Póliza

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus condiciones generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

21. Entrega de la Póliza

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus condiciones generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

IX. Listado de abreviaturas

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CONDUSEF: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros
UDI: Unidades de Inversión
UMA: Unidad de Medida y Actualización
UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios

X. Artículos citados

1. Ley sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.-
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.

Artículo 9.-
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.

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

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

Artículo 37.-
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 periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

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

Artículo 47.-
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.

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

Artículo 66.-
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.
Salvo disposición, en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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

Artículo 70.-
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.-
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 76.-
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

Artículo 172.-
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.

Artículo 173.-
Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del asegurado.
Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios, en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente

2. Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.-
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar, dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

Artículo 65.-
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento de este.
La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 66.-
La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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

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

I. Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, 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;
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 qué 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 esta, 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 de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional, se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales

competentes;

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

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

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

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

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión, 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.

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

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

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

3. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276.-

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

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio, el cual se

capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 277.-
En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.
Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.
Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.
La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, debido al domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

4. Ley del Impuesto sobre la renta

Artículo 185.-
Los contribuyentes a que se refiere el Título IV de esta Ley, que efectúen depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro, realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro, o bien, adquieran acciones de los fondos de inversión que sean identificables en los términos que señale el Servicio de Administración Tributaria mediante disposiciones de carácter general, podrán restar el importe de dichos depósitos, pagos o adquisiciones, de la cantidad a la que se le aplicaría la tarifa del artículo 152 de esta Ley de no haber efectuado las operaciones mencionadas, correspondiente al ejercicio en que estos se efectuaron o al ejercicio inmediato anterior, cuando se efectúen antes de que se presente la declaración respectiva, de conformidad con las reglas que a continuación se señalan:

I. El importe de los depósitos, pagos o adquisiciones a que se refiere este artículo no podrán exceder en el año de calendario de que se trate, del equivalente a $152,000.00, considerando todos los conceptos.

Las acciones de los fondos de inversión a que se refiere este artículo quedarán en custodia del fondo de inversión al que correspondan, no pudiendo ser enajenadas a terceros, reembolsadas o recompradas por dicho fondo, antes de haber transcurrido un plazo de cinco años contado a partir de la fecha de su adquisición, salvo en el caso de fallecimiento del titular de las acciones.

II. Las cantidades que se depositen en las cuentas personales, se paguen por los contratos de seguros, o se inviertan en acciones de los fondos de inversión, a qué se refiere este artículo, así como los intereses, reservas, sumas o cualquier cantidad que obtengan por concepto de dividendos,

enajenación de las acciones de los fondos de inversión, indemnizaciones o préstamos que deriven de esas cuentas, de los contratos respectivos o de las acciones de los fondos de inversión, deberán considerarse, como ingresos acumulables del contribuyente en su declaración correspondiente al año de calendario en que sean recibidas o retiradas de su cuenta personal especial para el ahorro, del contrato de seguro de que se trate o del fondo de inversión del que se hayan adquirido las acciones. En ningún caso, la tasa aplicable a las cantidades acumulables en los términos de esta fracción será mayor que la tasa del impuesto que hubiera correspondido al contribuyente en el año en que se efectuaron los depósitos, los pagos de la prima o la adquisición de las acciones, de no haberlos recibido.

En los casos de fallecimiento del titular de la cuenta especial para el ahorro, del asegurado o del adquirente de las acciones, a qué se refiere este artículo, el beneficiario designado o heredero estará obligado a acumular a sus ingresos, los retiros que efectúe de la cuenta, contrato o fondo de inversión, según sea el caso.

Las personas que hubieran contraído matrimonio bajo régimen de sociedad conyugal podrán considerar la cuenta especial o la inversión en acciones a que se refiere este artículo, como de ambos cónyuges en la proporción que les corresponda, o bien de uno solo de ellos, en cuyo caso los depósitos, inversiones y retiros se considerarán en su totalidad de dichas personas. Esta opción se deberá ejercer para cada cuenta o inversión al momento de su apertura o realización y no podrá variarse.

Los contribuyentes que realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro y además aseguren la vida del contratante, no podrán efectuar la deducción a que se refiere el primer párrafo de este artículo por la parte de la prima que corresponda al componente de vida. La institución de seguros deberá desglosar en el contrato de seguro respectivo la parte de la prima que cubre el seguro de vida. A la cantidad que pague la institución de seguros a los beneficiarios designados o a los herederos como consecuencia del fallecimiento del asegurado, se le dará el tratamiento que establece el artículo 93, fracción XXI, primer párrafo de esta Ley, por la parte que corresponde al seguro de vida. Las instituciones de seguros que efectúen pagos para cubrir la prima que corresponda al componente de vida con cargo a los fondos constituidos para cubrir la pensión, jubilación o retiro del asegurado, deberán retener como pago provisional el impuesto que resulte en los términos del artículo 145 de esta Ley.

Lo establecido en este artículo será aplicable siempre que las instituciones de crédito, tratándose de depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro; las instituciones de seguros, en el caso de los pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro; así como los intermediarios financieros, para el supuesto de adquisición de acciones de fondos de inversión, estén inscritos en el Registro que al efecto lleve el Servicio de Administración Tributaria, de conformidad con las reglas de carácter general que para tales efectos emita.

XI. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de enero de 2023, con el número CNSF-S0048-0010-2023 / CONDUSEF-005638-01.

Llámanos sin costo

800 900 1292

axa.mx

VI-630 • ENERO 2023

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx