

Eduplan

Condiciones Generales

reinventando / los seguros



Eduplan

Condiciones Generales

Condiciones Generales

Eduplan

	PÁG.		PÁG.
I. Objeto del Seguro	5	V. Beneficios Incluidos	11
II. Leyes Aplicables	5	1. Anticipo por Fallecimiento	11
III. Definiciones	5	2. Anticipo por Enfermedades Terminales	12
1. Asegurado	5	VI. Coberturas Adicionales	14
2. Asegurado Menor.....	5	1. Cobertura Adicional por Fallecimiento	14
3. Beneficiario	5	a) Pago Adicional por Fallecimiento (PAF) ...	14
4. Compañía	5	b) Edades de Aceptación.....	14
5. Contratante	5	c) Cancelación.....	14
6. Dotal a Corto Plazo	6	2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente	14
7. Enfermedad Preexistente	6	a) Definición de Invalidez Total y Permanente.....	14
8. Estado de Cuenta	6	b) Opciones de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente.....	15
9. Extraprima	6	c) Edades de Aceptación.....	15
10. Fondo en Administración.....	6	d) Exclusiones	15
11. Periodo de Espera.....	6	e) Cancelación.....	16
12. Plazo de Seguro	6	3. Cobertura Adicional por Enfermedades Graves.....	16
13. Póliza o Contrato de Seguro.....	6	a) Enfermedades Graves (Vida en Vida).....	16
14. Prima	6	b) Edades de Aceptación.....	18
15. Recargo Fijo.....	6	c) Exclusiones	18
16. Segundo Asegurado o Asegurado Mancomunado.....	6	d) Cancelación.....	18
17. Siniestro.....	6	VII. Cláusulas Generales	19
18. Suma Asegurada.....	6	1. Designación de Beneficiarios.....	19
19. Valores Garantizados.....	6	2. Pago de la Prima	19
IV. Descripción del Seguro	7	3. Moneda.....	20
1. Cobertura Básica	7	4. Corrección del Contrato de Seguro.....	20
2. Vigencia	7	5. Indisputabilidad	20
3. Edades de Aceptación	7	6. Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	21
4. Cálculo de los Valores Garantizados	7	7. Notificaciones.....	21
5. Pago Automático de Primas	8	8. Cambio de Ocupación	21
6. Préstamo	8	9. Rehabilitación	21
7. Préstamo Automático	9	10. Carencia de Restricciones.....	21
8. Incrementos Programados de Suma Asegurada	9	11. Suicidio	21
9. Incrementos No Programados de Suma Asegurada	9	12. Comprobación del Siniestro	22
10. Funcionamiento del Dotal a Corto Plazo	10	13. Verificación de Edad	22
11. Funcionamiento del Fondo en Administración	10	14. Pago del Seguro	23
12. Descuento por No Fumador y/o Mujer.....	10	15. Intereses Moratorios.....	23
13. Seguro Mancomunado	10	16. Impuestos.....	23
		17. Prescripción.....	23

	PÁG.
18. Competencia	24
19. Envío de Estado de Cuenta	24
20. Terminación del Contrato de Seguro	24
21. Revelación de Comisiones	24
VIII. Artículos Citados.....	25
IX. Registro	26

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

EDUPLAN

CONDICIONES GENERALES

I. Objeto del Seguro

Es un seguro de vida dotal que permite al Asegurado Menor obtener la Suma Asegurada alcanzada al llegar con vida al final del Plazo de Seguro.

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

II. Leyes Aplicables

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

III. Definiciones

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

1. Asegurado

La persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen las coberturas adicionales amparadas en la Póliza.

2. Asegurado Menor

Es la persona menor de 18 (dieciocho) años, quien es cubierto por la cobertura básica. El Asegurado Menor no accede a las coberturas adicionales amparadas por la Póliza, excepto Pago Adicional por Enfermedades Graves y Revascularización Miocárdica.

3. Beneficiario

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

4. Compañía

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

5. Contratante

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

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

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

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre el uso de los Valores Garantizados.

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

6. Dotal a Corto Plazo

Esta cobertura no aplica para UDIS.
Cobertura adicional que se podrá agregar durante el plazo de la Póliza a petición del Contratante, la cual provee de una Suma Asegurada adicional por fallecimiento o supervivencia, con la finalidad de obtener un ahorro.

7. Enfermedad Preexistente

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

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

8. Estado de Cuenta

Es el informe periódico remitido al domicilio del Contratante en donde se le indican los movimientos registrados durante el periodo del reporte, así como el saldo acumulado en el Fondo en Administración a la fecha de corte.

9. Extraprima

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

10. Fondo en Administración

Este fondo no aplica para UDIS.

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 éste, por lo que permanecerán en este Fondo en Administración acreditándose los intereses que se llegarán a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. Periodo de Espera

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

12. Plazo de Seguro

Estará determinado por la edad del Asegurado Menor y el plan contratado.

13. 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 la tabla de Valores Garantizados.

14. Prima

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

15. Recargo Fijo

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

16. Segundo Asegurado o Asegurado Mancomunado

Se considera como tal a la persona que aparece registrada como Solicitante Mancomunado en la solicitud del seguro, quien firma en la misma dando su consentimiento a la celebración del Contrato de Seguro y tiene un interés asegurable sobre el Menor.

17. Siniestro

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

18. Suma Asegurada

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

19. Valores Garantizados

Son los distintos derechos que tiene el Contratante en caso de no continuar con el pago de la Prima y/o cancelar la Póliza, siendo los Valores Garantizados: el Valor en Efectivo o Rescate, el Seguro Saldado o el Seguro Prorrogado; los cuales se calculan considerando el número de años pagados y transcurridos.

IV. Descripción del Seguro

1. Cobertura Básica

La Compañía pagará el beneficio por fallecimiento de esta cobertura de presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si el fallecimiento del Asegurado Menor ocurriera antes de cumplir los 12 (doce) años de edad, la Compañía entregará al Contratante una cantidad para cubrir los últimos gastos del menor. La cantidad a ser cubierta será aquella que resulte mayor al calcularse lo siguiente:
 1. El 10% (diez por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada, sin que esta cantidad pueda ser mayor a 2 (dos) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal en la fecha que ocurra el fallecimiento; o
 2. El importe total de las Primas pagadas por la cobertura básica.
- b) En caso de fallecimiento una vez que el Asegurado Menor haya cumplido los 12 (doce) años de edad se entregará, conforme a la cláusula Pago del Seguro, la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura básica.

Si el Asegurado Menor vive al término del Plazo de Seguro, el cual se estipula en la carátula de la Póliza, se le entregará a este la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura básica y se darán por terminadas las obligaciones de la Compañía.

2. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y dejará de estarlo al término del plazo, el cual será al finalizar el aniversario de la Póliza, posterior a que el Asegurado Menor cumpla la edad de vencimiento elegida, ya sea 18 (dieciocho) o 22 (veintidós) años, de acuerdo con lo que se señala en la carátula de la Póliza. Esta fecha coincide con el término del plazo en años que también se encuentra en la carátula de la Póliza.

Al final de la vigencia cesarán los efectos de este Contrato de Seguro, entregándose al Asegurado Menor la Suma Asegurada alcanzada en su Póliza, y quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tuviere con él.

La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía, por medio del Rescate, o porque el Contratante no cumpla con el pago de las Primas correspondientes.

3. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación del Asegurado Menor establecidas por la Compañía para esta cobertura son las comprendidas entre 0 (cero) y 13 (trece) años para Eduplan 18, y 0 (cero) y 17 (diecisiete) años para Eduplan 22.

4. Cálculo de los Valores Garantizados

El monto de estos valores se encuentra estipulado en la tabla de Valores Garantizados que acompaña a la presente Póliza. El Contratante tendrá derecho a elegir uno de los Valores Garantizados que más adelante se describen en esta cláusula, una vez que haya cubierto las Primas anuales correspondientes y haya transcurrido el número mínimo de años indicados en la tabla de Valores Garantizados respectiva.

Los valores presentados en la tabla de Valores Garantizados representan el valor al que el Contratante tiene derecho al final del año Póliza en curso siempre que existan los recursos suficientes para acceder a éstos. En caso de solicitar el Valor Garantizado antes de cumplirse el aniversario de la Póliza, el valor que se muestra en la tabla se ajustará descontando el interés correspondiente al tiempo faltante para llegar al aniversario.

Si en adición a lo anterior el Contratante se encuentra pagando la Prima en exhibiciones parciales y no se ha completado el pago de la Prima anual del año en curso, el valor de la tabla mencionada se ajustará proporcionalmente al tiempo pagado del año en curso; dicho cálculo se realizará considerando el valor de Rescate del año Póliza anterior como el valor inicial del año y el valor de Rescate del año Póliza en curso como el valor final para efecto de obtener el Valor Garantizado proporcional.

En caso de solicitar el Valor Garantizado, el Contratante deberá reclamarlo por escrito señalando una de las siguientes opciones:

a) Valor en Efectivo o Rescate

El Contratante podrá obtener como Valor en Efectivo o Rescate de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondiente, de acuerdo con la edad de ingreso al seguro, Suma Asegurada, número de años transcurridos y pagados en que la Póliza haya estado en vigor. Al hacer uso del Valor en Efectivo o Rescate el seguro quedará cancelado.

b) Seguro Saldado

La Compañía reducirá la Suma Asegurada de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, a la cantidad correspondiente para conservar el plazo contratado sin más pago de Primas, otorgando la cobertura por fallecimiento al Asegurado Menor y cancelando las coberturas adicionales contratadas. Por lo que al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Menor se pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

c) Seguro Prorrogado

Mantiene el plan en vigor sin más pago de Primas por la Suma Asegurada vigente a la fecha de conversión, durante el periodo que marca la tabla de Valores Garantizados respectiva, otorgando la cobertura por fallecimiento al Asegurado Menor y cancelando las coberturas adicionales contratadas. Si en la tabla de Valores Garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, ésta será pagada al propio Contratante en caso de supervivencia al final del periodo del Seguro Prorrogado.

En caso de que el Contratante haya optado por un Seguro Saldado o Seguro Prorrogado y de solicitar la terminación anticipada del seguro, podrá obtener como Valor en Efectivo el 100% (cien por ciento) de la reserva matemática que corresponda.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre el uso de los Valores Garantizados.

En caso de que el Contratante fallezca antes de la terminación de la vigencia de la Póliza y no se haya contratado ninguna cobertura adicional de Exención de Pago de Primas de los descritos en las presentes condiciones, el Asegurado Menor tendrá derecho al Valor de Rescate de la Póliza, siempre y cuando tenga una edad de cuando menos 18 (dieciocho) años al momento de la reclamación. En caso que el Asegurado Menor no haya cumplido 18 (dieciocho) años, una vez que la Compañía tenga conocimiento del Siniestro, se aplicará la opción descrita como Seguro Saldado.

Si en la fecha de solicitud del Valor Garantizado que se elija, la Póliza se encuentra gravada con algún adeudo éste deberá ser liquidado, o bien, se reducirá la cantidad adeudada al importe a que tenga derecho el Contratante.

5. Pago Automático de Primas

No aplica para UDIS.

Si el Contratante no solicita por escrito la aplicación de los Valores Garantizados transcurrido el plazo de 30 (treinta) días con que cuenta para el pago de la Prima, la cual incluirá los incrementos de Suma Asegurada que se hayan pactado, la Compañía en caso de que exista saldo suficiente en la cuenta de inversión de esta Póliza aplicará el pago que sea procedente para el pago de la Prima vencida, mientras no se afecte el valor de Rescate de la misma. Si no fuera el caso, se aplicará lo establecido en la cláusula Préstamo Automático.

6. Préstamo

El Contratante podrá solicitar un préstamo en garantía de su Valor en Efectivo. El monto de este préstamo más sus intereses nunca podrá ser mayor al Valor en Efectivo al que el Contratante tuviera derecho.

Al momento de solicitarse el préstamo los intereses se cobrarán en una sola exhibición por el tiempo que falta por transcurrir del año Póliza en el que se encuentre. Las deudas contraídas por préstamo podrán ser pagadas por el Contratante y/o Asegurado en cualquier momento, ya sea en un sólo 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.

Estos intereses se calcularán multiplicando el monto del préstamo por la tasa de interés aplicada proporcionalmente, por el tiempo que falte por transcurrir del año Póliza. Una vez que se cumpla el aniversario Póliza, si no se ha liquidado la deuda se cargarán a la deuda, nuevamente de forma anticipada, los intereses anuales correspondientes al nuevo año y así sucesivamente cada año Póliza que transcurra sin liquidarse el préstamo.

La tasa de interés que se aplicará será la que la Compañía determine para tales efectos.

La Póliza continuará en vigor mientras el adeudo total, más sus intereses, sea inferior al Valor en Efectivo. En el momento en que el adeudo iguale o supere al Valor en Efectivo, si el Contratante y/o Asegurado 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.

7. Préstamo Automático

Si el Contratante deja de cubrir una Prima vencida, expresamente autoriza a la Compañía a otorgarle un préstamo sobre el Valor en Efectivo, de acuerdo con la cláusula Préstamo. El importe del préstamo será idéntico al importe de la Prima que se adeude, este préstamo procederá siempre que los préstamos existentes, más la Prima aplicada y los intereses correspondientes, no excedan el Valor en Efectivo.

Cuando el Valor en Efectivo disponible sea menor al total del adeudo, esta Póliza continuará en vigor por los días que dicha cantidad alcance a amparar.

Si transcurrido el número de días a que se refiere el párrafo anterior el Contratante no paga la Prima, después de transcurrir el plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes cesarán en forma automática los efectos de este Contrato de Seguro, así como las obligaciones contraídas por la Compañía.

8. Incrementos Programados de Suma Asegurada Sólo aplica para Moneda Nacional.

La Suma Asegurada de la cobertura básica y la de las coberturas adicionales por muerte o invalidez se aumentará de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Este aumento será anual y se determinará el 1º (primero) de enero de cada año, o del que se tenga conocimiento, 3 (tres) meses antes del aniversario de la Póliza, tomando como base la opción elegida por el Asegurado, sobre Suma Asegurada alcanzada.

Los aumentos así pactados se harán en cada fecha de aniversario del inicio de vigencia de la Póliza, sin necesidad de examen médico. La Compañía dará aviso al Contratante de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Si el Contratante no pagare la Prima por el aumento de Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de vencimiento, ésta se pagará ya sea total o parcialmente mediante la aplicación de las cláusulas Pago Automático de Primas o Préstamo Automático. Si el Asegurado falleciere durante los 30 (treinta) días sin haber pagado la Prima correspondiente a dicho aumento, ésta se descontará de la Suma Asegurada que hubiere alcanzado.

Cancelación. El derecho del Asegurado a incrementos programados de la Suma Asegurada se cancelará:

- a) Para la cobertura básica se cancelará cuando el Asegurado Menor cumpla la edad de vencimiento elegida, ya sea 18 (dieciocho) o 22 (veintidós) años, de acuerdo a lo que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Para las coberturas adicionales por invalidez y enfermedades graves contratadas por el Contratante a su favor, éstas se cancelarán en el aniversario Póliza en que el Contratante cumpla la edad de 60 (setenta) años.
- c) Para la cobertura adicional por fallecimiento contratada por el Contratante a su favor, ésta se cancelará en el aniversario Póliza en que el Contratante cumpla la edad de 71 (setenta y un) años de edad.
- d) Si el Contratante opta por las coberturas de Seguro Saldado o de Seguro Prorrogado en los términos de la Póliza contratada.
- e) En cualquier momento a petición por escrito del Contratante a la Compañía.
- f) Si procediere el pago de alguna de las coberturas de muerte o invalidez, en los términos de las cláusulas respectivas.

Reinstalación. En caso de que hubieren cesado los derechos del Asegurado sobre esta cláusula, ésta podrá reinstalarse dentro del periodo de vigencia de la Póliza siempre que el Asegurado no haya rebasado las edades de aceptación, y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de la reinstalación.
 - b) Comprobar a su costa y a satisfacción de la Compañía que reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general.
- Una vez realizada la reinstalación, la fecha de la misma se tomará como inicio de vigencia para efecto de la cláusula Suicidio.

9. Incrementos No Programados de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en el aniversario de la Póliza, siempre que no se esté aplicando alguna de las coberturas de Exención de Pago de Primas, no se haya hecho uso de los Valores Garantizados o no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales.

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

En caso de que el Contratante solicite un incremento en la Suma Asegurada, la Prima se incrementará tomando como base la edad del Asegurado al momento del incremento y de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

- a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
- b) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido la indemnización de la cobertura adicional por Invalidez Total y Permanente.
- c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el Anticipo por Enfermedades Terminales.
- d) A petición del Asegurado, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

10. Funcionamiento del Dotal a Corto Plazo No aplica para UDIS.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá contratar coberturas Dotal a Corto Plazo, con la finalidad de ahorrar de manera adicional en su Póliza.

Los Dotal a Corto Plazo se regirán por las siguientes condiciones:

- a) El plazo de dichos Dotal a Corto Plazo será de 1 (un) mes desde que se depositó la Prima.
- b) Al vencimiento del Dotal a Corto Plazo, se enviara la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Fondo en Administración, o
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura Dotal a Corto Plazo, los Beneficiarios designados en la Póliza recibirán la Suma Asegurada de estos Dotal a Corto Plazo más el monto y los intereses acumulados en el Fondo en Administración.

La contratación de estos Dotal a Corto Plazo estará sujeta a que la Compañía los tenga disponibles como parte de su oferta en el momento que se soliciten.

11. Funcionamiento del Fondo en Administración No aplica para UDIS.

La Compañía invertirá los vencimientos de los Dotal a Corto Plazo en un Fondo de Administración de Sumas Aseguradas conforme a lo establecido en las Reglas Generales para la Administración de las Operaciones a que se refieren las fracciones III y III Bis del artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y para la emisión de estados de cuenta por las inversiones realizadas como parte de dichas operaciones y de aquellas a que se refiere la fracción IV del mismo artículo.

El Contratante podrá hacer retiros de este Fondo en Administración correspondiente a los vencimientos de los Dotal a Corto Plazo de su Póliza, dando aviso por escrito y entregando a la Compañía la documentación requerida para tal efecto.

La tasa con la que se calcularán los intereses a otorgar en este fondo no está garantizada, ésta podrá variar durante la vigencia de la Póliza.

12. Descuento por No Fumador y/o Mujer

Este descuento aplicará sólo para las coberturas adicionales contratadas. Estas coberturas adicionales aplican únicamente para el Contratante y su Segundo Asegurado, de ser el caso:

- a) Para efectos de determinación de Primas, a las mujeres se les otorgará una reducción de 3 (tres) años con respecto a su edad real.
- b) Para efectos de determinación de Primas, a los Asegurados que la Compañía determine como no fumadores de acuerdo con los requisitos de selección vigentes se les otorgará una reducción de 2 (dos) años con respecto a su edad real.
- c) La edad mínima, una vez aplicados los descuentos otorgados, nunca podrá ser inferior a 18 (dieciocho) años.

13. Seguro Mancomunado

Mediante esta forma de contratación, las coberturas adicionales contratadas aplicarán para el Contratante, persona física y una segunda persona, las cuales tienen interés asegurable sobre el Asegurado Menor.

Para el cálculo de la Prima, se tomará la edad del Contratante y del Segundo Asegurado, se aplicarán descuentos por no fumador y/o mujer y con base en la tabla de edades equivalentes, se determinará

la edad de cálculo que se considerará para la determinación del costo de la Prima.

Esta cláusula sólo modifica cada uno de las coberturas adicionales contratadas, de acuerdo con lo estipulado a continuación:

- a) Para fines de esta cláusula el Contratante será Asegurado y al Segundo Asegurado se le nombrará como Asegurado Mancomunado. En el endoso de Asegurado Mancomunado se hará constar el nombre y su calidad como Asegurado.
- b) Todas las condiciones estipuladas en la Póliza son aplicables para ambos Asegurados; 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.
- c) En caso de haber contratado alguna cobertura por fallecimiento operará lo siguiente:
 1. La Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada a los Beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca quedando canceladas las coberturas mancomunadas.
 2. En caso de fallecimiento simultáneo, la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento se distribuirá 50% (cincuenta por ciento) entre los Beneficiarios de un Asegurado y 50% (cincuenta por ciento) para los Beneficiarios del otro.
 3. En caso de sufrir Invalidez Total y Permanente, y haber contratado alguna de las dos coberturas por invalidez: la de Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI) o la de Pago Anticipado por Invalidez o Fallecimiento (PAIF):
 - a) La Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada al primero de los Asegurados que se invalide, después de transcurrir el Periodo de Espera quedando cancelada esta cobertura para ambos Asegurados Mancomunados.
 - b) En caso de presentarse la Invalidez Total y Permanente de forma simultánea, la Suma Asegurada de la cobertura por invalidez se distribuirá el 50% (cincuenta por ciento) para un Asegurado y 50% (cincuenta por ciento) para el otro, después de transcurrir el Periodo de Espera, quedando cancelada esta cobertura.

- c) Adicionalmente, si se contrató la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez del Contratante (BI), si el Asegurado o el Asegurado Mancomunado sufriera la Invalidez Total y Permanente, la Compañía eximirá del pago de Primas por el riesgo de fallecer después de haber transcurrido el Periodo de Espera.

En caso de haber contratado la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez o Fallecimiento (BIM), si el Asegurado o el Asegurado Mancomunado sufriera(n) la muerte o la Invalidez Total y Permanente, la Compañía eximirá del pago de las Primas por el riesgo de supervivencia del Asegurado Menor al primer evento que se presente, después de haber transcurrido el Periodo de Espera en el caso de presentarse la Invalidez Total y Permanente.

V. Beneficios Incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado o Asegurado Menor, que sea mayor de 12 (doce) años, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un monto fijo de \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

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

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

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que éste tenga sobre la cobertura no sea menor al importe del anticipo que la Compañía conviene en dar bajo la presente cláusula.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio, en caso de que al Asegurado o Asegurado Menor que sea mayor de 12 (doce) años se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales y cumplan con las características que a continuación se detallan.

a) Infarto al Miocardio

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las

arterias coronarias, incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia.
3. Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro específico que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

c) Accidente Vascular Cerebral

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

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.

d) Cáncer

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

de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin, en ambos casos, en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

El Asegurado deberá demostrar a la Compañía el dictamen histopatológico y el diagnóstico deberá estar avalado por un médico oncólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) Insuficiencia Renal

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

El Asegurado tendrá la obligación de demostrar a la Compañía el diagnóstico que deberá estar avalado por un médico nefrólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

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

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una de las enfermedades aquí listadas por única ocasión, es decir, no hay reinstalación de Suma Asegurada por este concepto

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

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

Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

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

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de

Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, deberá ser liquidado por la Compañía.

VI. Coberturas Adicionales

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

1. Cobertura Adicional por Fallecimiento

a) Pago Adicional por Fallecimiento (PAF)

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece dentro del Plazo de Seguro. Si el Asegurado vive al término de dicho plazo esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

b) Edades de Aceptación

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

c) Cancelación

Esta cobertura se cancelará a la terminación del Contrato de Seguro.

2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

a) Definición de Invalidez Total y Permanente

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

1. Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como Invalidez Total y Permanente la imposibilidad, como consecuencia de una enfermedad o accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% (cincuenta

por ciento) de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo por el Asegurado.

2. Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de una enfermedad o accidente durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.
3. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

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

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y, en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional, especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se

objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

b) Opciones de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

Si durante el Plazo de Seguro de esta cobertura el Asegurado sufre Invalidez Total y Permanente, la Compañía lo eximirá del pago de Primas que correspondan al riesgo por su fallecimiento sin incluir coberturas adicionales, que venzan después de transcurrido el Periodo de Espera. La Póliza quedará de este modo vigente y el Asegurado tendrá, sobre la misma, los derechos que sus condiciones le conceden.

3. Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez o Fallecimiento (PAIF)

Si durante el Plazo de Seguro de esta cobertura el Asegurado sufre Invalidez Total y Permanente o la muerte, la Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura; en caso de Invalidez Total y Permanente deberá transcurrir el Periodo de Espera.

4. Exención de Pago de Primas por Invalidez o Fallecimiento (BIM)

Si durante el Plazo de Seguro de esta cobertura el Asegurado sufre Invalidez Total y Permanente o la muerte, la Compañía eximirá del pago de Primas que corresponda al riesgo por supervivencia del Asegurado Menor, que venzan después de transcurrir el Periodo de Espera. La Póliza quedará de este modo vigente y el Asegurado tendrá, sobre la misma, los derechos que sus condiciones le conceden.

c) Edades de Aceptación

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

d) Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

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

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

-
- 2. Por los siguientes eventos:**
 - a) Cualquier intento de suicidio.**
 - b) Mutilación voluntaria aún estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
 - c) Lesiones que se provoquen el Asegurado, aún estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
 - d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - e) Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.**
 - 3. Por lesiones que se provoquen el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
 - 4. Por Enfermedades Preexistentes.**

e) Cancelación

Las coberturas contratadas por Invalidez Total y Permanente se cancelarán automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 60 (sesenta) años.

3. Cobertura Adicional por Enfermedades Graves
a) Enfermedades Graves (Vida en Vida)

La Compañía pagará a los Asegurados o a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura, en caso de que cualquiera de los Asegurados (Asegurado, Asegurado Mancomunado y/o Asegurado Menor) requiera un procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (By-Pass o puente aortocoronario) o se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Graves y siempre que se cumplan con las características que a continuación se detallan:

1. Infarto al Miocardio

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

- 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 cardíacas.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- 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. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente, para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

2. 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 que determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

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.

3. Cáncer

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como Cáncer a la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, teniendo la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen

hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin, en ambos casos, en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

El Asegurado deberá demostrar a la Compañía el dictamen histopatológico y el diagnóstico deberá estar avalado por un médico oncólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

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.

El Asegurado tendrá la obligación de demostrar a la Compañía el diagnóstico que deberá estar avalado por un médico nefrólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

5. Transplante de Órganos Mayores

El que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de uno de los siguientes órganos: corazón (completo), pulmón, hígado y riñón.

El transplante de otros órganos o parte de ellos queda excluido.

El procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (By-Pass o puente aortocoronario) deberá cumplir con:

1. Revascularización Miocárdica (By – Pass) por Cirugía

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 (By-Pass o puente aortocoronario), ya sean venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante una angiografía coronaria.

Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención que no sea el específicamente mencionado como Revascularización Miocárdica (By –Pass) por Cirugía (por ejemplo la angioplastia coronaria, colocación de stents y trombólisis).

Esta cobertura cubre al Asegurado, Asegurado Mancomunado y/o Asegurado Menor por presentar sólo una de las enfermedades antes mencionadas por única ocasión o un procedimiento quirúrgico de Revascularización miocárdica (By – Pass), es decir, no hay reinstalación de Suma Asegurada por este concepto.

Esta cobertura adicional estará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Que la cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
- b) Que la enfermedad se inicie y sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza.
- c) El pago del Siniestro procederá siempre que los primeros síntomas de los padecimientos antes mencionados se presenten una vez transcurridos 3 (tres) meses a partir de la fecha de inicio de vigencia.
- d) Esta cobertura estará en vigor por el plazo de seguro contratado o mientras el Asegurado no alcance la edad de 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.
- e) La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario(s) toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro.

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

g) La Compañía comenzará a pagar la Suma Asegurada para esta cobertura al Asegurado y/o Asegurado Mancomunado, siempre que cualquiera de los padecimientos antes mencionados persistan por un periodo continuo de 30 (treinta) días contados a partir de la comprobación de la existencia de la enfermedad cubierta, por el médico o los médicos que atienden al Asegurado.

h) La Compañía pagará la indemnización a los Beneficiarios designados por el Asegurado si éste fallece una vez transcurrido tal periodo sin haberse efectuado dicho pago. La Compañía pagará a los Beneficiarios el 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada si el Asegurado fallece dentro del Periodo de Espera mencionado.

i) Para la calificación de procedencia del Siniestro se tomará en consideración lo dispuesto en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio.

b) Edades de Aceptación

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

c) Exclusiones

Además de las exclusiones ya mencionadas, esta cobertura no se concederá si la Enfermedad Grave es debida a:

1. Intento de suicidio o lesión dolosa del Asegurado y/o Asegurado Mancomunado.

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, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Rehabilitación.

4. Enfermedad Preexistente.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar que se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, deberá ser liquidado por la Compañía.

d) Cancelación

Esta cobertura se cancelará en los siguientes casos:

1. En el año en que el Asegurado cumpla la edad de 60 (sesenta) años, o al término del Plazo de Seguro, lo que ocurra primero. En la opción mancomunada cuando se cumpla el mínimo entre lo que resulte de la diferencia de 60 (sesenta) años menos la edad equivalente y el plazo contratado.

2. Al momento de pagar la Suma Asegurada a causa de una de las Enfermedades Graves mencionadas al Asegurado afectado, el otro

Asegurado, sea el Contratante o el Asegurado Menor, continuará con esta cobertura hasta que se le cubra la Suma Asegurada en caso de presentar alguna de las Enfermedades Graves mencionadas o bien termine el Plazo del Seguro.

3. En la opción mancomunada, se cancelará esta cobertura en el momento que a uno de los dos Asegurados se le pague la Suma Asegurada por presentar una de las Enfermedades Graves mencionadas en este apartado.
4. Por falta de pago de Primas.

VII. Cláusulas Generales

1. Designación de Beneficiarios

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

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

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

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

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

2. Pago de la Prima

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

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

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

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las Instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente

o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

En caso de depósitos o pagos de Primas en efectivo, estarán sujetas al IDE (Impuesto sobre Depósitos en Efectivo) vigente al momento de la transacción.

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

3. Moneda

Todos los valores del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada, Primas y Valores Garantizados estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza, la moneda puede ser Moneda Nacional, Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica o Unidades de Inversión (UDIS).

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

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

Unidades de Inversión (UDIS).

El valor de la UDI será el que aparezca 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, dicha Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de las UDIS, se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.

Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

La Suma Asegurada se denominará en Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, y las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional calculados

a la fecha en que se efectúe el pago, tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las Autoridades Competentes.

4. Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

5. Indisputabilidad

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

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun y cuando éstos no hayan influido en la realización del Sinistro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

7. Notificaciones

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

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

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

8. Cambio de Ocupación

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

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

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

9. Rehabilitación

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

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Que el Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

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

10. Carencia de Restricciones

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

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado

mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

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

Cabe señalar que para el caso de la cobertura básica el plazo de 2 (dos) años a que se refiere la cláusula Suicidio se contará a partir de la fecha en que el Asegurado Menor cumpla los 12 (doce) años de edad.

12. Comprobación del Siniestro

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

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

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

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

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

de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare 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.
- b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Si la edad real es menor de 12 (doce) años se procederá de acuerdo con lo establecido en la cláusula Cobertura Básica, de la presente Póliza.

Los Asegurados Menores que al contratar la Póliza tengan menos de 1 (un) año cumplido, para los efectos de cálculo de todos los valores relacionados con esta Póliza, incluyendo el plazo del seguro, serán considerados como si tuvieran 1 (un) año de edad.

14. Pago del Seguro

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio; lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

15. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

16. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán

sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

17. Prescripción

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

Artículo 81

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82

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

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

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

18. Competencia

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

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento éstas deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen; para reclamaciones por Invalidez y/o Pérdidas Orgánicas o Anticipo por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

19. Envío de Estado de Cuenta

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

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

20. Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Con el pago que proceda por supervivencia al término del Plazo de Seguro.
- b) La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.
- c) Con el pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado Menor.
- d) Por la liquidación del valor de Rescate que corresponda de acuerdo con lo establecido en la cláusula Valores Garantizados.
- e) Por la conclusión del plazo convenido en caso de haber solicitado la opción de Seguro Prorrogado.
- f) Por lo estipulado en la cláusula Préstamo y Préstamo Automático.
- g) Por voluntad del Contratante; decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al vencimiento de la vigencia del Contrato de Seguro.
- h) Por falta de pago de Primas, en caso de no aplicar las cláusulas Préstamos y Préstamo Automático.
- i) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

21. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VIII. Artículos Citados

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS:	
Operaciones que las Instituciones de Seguros podrán realizar.	Artículo 34
Procedimiento que las empresas aseguradoras deberán seguir para llevar a cabo el registro de las notas técnicas y documentación contractual de los productos que comercializan.	Artículo 36, Artículo 36 A, Artículo 36 B y Artículo 36D
Si la empresa aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente deberá pagar al acreedor una indemnización por mora.	Artículo 135 Bis
La competencia por territorio para demandar en materia de seguro será determinada a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.	Artículo 136

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:	
El Contratante o Asegurado estará obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo tal como los conozca o deba conocer.	Artículo 8
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.	Artículo 25
La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración.	Artículo 37
Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días ni mayor a 30 (treinta) días naturales, siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.	Artículo 40
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.	Artículo 47
Aviso de Siniestro.- El Asegurado o Beneficiario gozará de un plazo máximo de 5 (cinco) días para dar aviso, que deberá ser por escrito, de la realización del Siniestro.	Artículo 66
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro. Documentación e información soporte para comprobación del Siniestro.	Artículo 69
Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos.	Artículo 70
El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	Artículo 71
Todas las acciones que deriven de un Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Artículo 81
El plazo para la prescripción no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones, sobre el riesgo corrido sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él.	Artículo 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento establecido en el artículo 37 de la presente ley.	Artículo 84
Cuando el menor de edad tenga 12 (doce) años o más será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Artículo 158
Determinación de edad del Asegurado.	Artículo 161
El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y lo comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora.	Artículo 165

LEY CONDUSEF:	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios.	Artículo 50 Bis
Plazo para presentación de reclamaciones 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de 2 (dos) años para los demás casos.	Artículo 65
Las reclamaciones que cumplan con los requisitos que menciona a Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por su sola presentación interrumpirán la prescripción.	Artículo 66
La Comisión Nacional deberá agotar el procedimiento de conciliación.	Artículo 68

IX. Registro

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros número CNSF-S0048-0590-2010, CNSF-S0048-0591-2010 y CNSF-S0048-0592-2010 de fecha 23/06/2010.

AXA Seguros, S.A. de C.V. Periférico Sur No. 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco,
10400, México, D.F. Tel. 01 800 900 1292 • www.axa.mx



reinventando / los seguros