



Clausulado



Condiciones Generales de la
Póliza de Seguro de Vida Individual
Vida Express Max

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa Av. Insurgentes
Sur 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, Ciudad de México.

Índice

Capítulo	Página
I Cláusulas Generales	1
II Características de las Coberturas contratadas en esta póliza	15
III Primas	27
IV Beneficiarios y Pago de Sumas Aseguradas	29
Glosario de Artículos	39

Capítulo I.

Cláusulas Generales

1.1. Definiciones

Al utilizar las siguientes palabras queremos decir esto:

Usted = El Asegurado Titular indicado en la carátula de esta póliza.

Ustedes = El Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos.

Su, Sus = Del Asegurado Titular y/o sus Dependientes Económicos.

Nosotros = Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Nuestro, a, os, as = De Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

1.2. Contrato

La solicitud del seguro, esta póliza y los endosos adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), son parte del contrato de seguro y constituyen prueba de su celebración.

Si Usted contrató esta póliza a través de un cajero automático o por internet, el medio de identificación que utilizaremos corresponderá a Su número de identificación personal (NIP) que Su Banco le haya asignado. Este medio de identificación, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia tiene el mismo valor probatorio.

“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 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

1.3. Contratante

Para los efectos de este contrato se entiende que el Contratante es el Titular de la cuenta estipulado en el contrato de depósito bancario de dinero a la vista o de la Tarjeta de Crédito a la cual se realiza el cobro de la prima de esta póliza.

1.4. Vigencia

La protección de cada uno de los Beneficios contratados comienza en su fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, y continúa durante el plazo del seguro correspondiente, también indicado en la carátula de esta póliza, mediante la obligación del pago de las primas estipuladas; en caso contrario, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo III. Primas.

Este Contrato terminará sin obligación posterior para Nosotros con el pago que proceda a los beneficiarios por el fallecimiento del Asegurado.

No obstante el término de vigencia del Contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud de Usted mediante notificación realizada por escrito a en cualquiera de nuestras sucursales. En este caso, tendremos derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y le devolveremos a Usted la prima de tarifa neta del costo de adquisición por el tiempo de vigencia no corrido.

1.5. Otros Seguros

En caso de que Usted contrate con Nosotros más de 2 (dos) pólizas de este producto, a partir de la tercera, cancelaremos la(s) póliza(s) cuyo inicio de vigencia sea(n) más reciente(s). Nosotros estaremos obligados a devolverle, en un plazo no mayor de 30 (treinta) días, el importe total de la(s) prima(s) que hubiéramos cobrado por la(s) póliza(s) que se cancele(n).

1.6. Edad

La edad mínima de contratación de esta póliza es de 18 (dieciocho) años y la máxima es de 55 (cincuenta y cinco) años.

Su edad se calculará en base a Su edad cumplida, misma que se indica en la carátula de esta póliza.

Su fecha de nacimiento la deberá comprobar una sola vez cuando se lo solicitemos, haciendo Nosotros la anotación correspondiente en esta póliza o se le extenderá un comprobante, y no podremos pedir nuevas pruebas respecto a su edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de Su edad, no podremos rescindir esta póliza, a no ser que Su edad real al tiempo de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión fijados. En este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática de esta póliza a la fecha de su rescisión.

Si Su edad estuviere comprendida dentro de Nuestros límites de admisión de esta póliza, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de Su edad, Usted pagara una prima menor de la que correspondería a Su edad real, Nuestra obligación 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 ya hubiéramos satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre Su edad, tendremos derecho a pedir que nos devuelvan lo que hubiéramos pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de Su edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a Su edad real, estaremos obligados a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para Su edad real en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a Su fallecimiento se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada y ésta se encontraba dentro de los límites de admisión autorizados, estaremos obligados a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con Su edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en la fecha de la celebración del contrato.

1.7. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean de Su parte o de la Nuestra, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago. Si esta póliza se contrata en moneda extranjera, las obligaciones se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

1.8. Comunicaciones

Queda expresamente convenido que las comunicaciones deberán dirigirse por escrito a Nuestro domicilio en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula de esta póliza. Los requerimientos, estados de cuenta y comunicaciones que Nosotros le debamos hacer a Usted o a Sus Beneficiarios, se harán en el último domicilio que conozcamos para tal efecto.

1.9. Competencia

Usted, el Contratante y/o el (los) Beneficiarios(s) a su elección, puede(n) presentar Su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante Nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones, en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, o bien, puede(n) presentar Su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, lo que deberá(n) hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de Nuestra negativa a satisfacer Sus pretensiones.

En caso de que decida(n) presentar Su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo Sus derechos para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.10. Cambios

Las estipulaciones consignadas en esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre Usted y Nosotros por escrito, mediante endosos adicionales registrados ante la CNSF, en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Nosotros carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

1.11. Prescripción

Las acciones que deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea el fallecimiento del Asegurado y en 2 (dos) años en los demás casos. Este plazo se contará desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que Nosotros hayamos 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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

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 o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante Nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

1.12. Rehabilitación Automática

La póliza que hubiera cesado sus efectos por no haber podido realizar el cargo de la prima correspondiente a Su cuenta, al no contar con los fondos o línea de crédito suficientes, se podrá rehabilitar dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a la fecha en que cesaron sus efectos, en cuanto se realice el cargo correspondiente, una vez que Su cuenta tenga los fondos o línea de crédito suficientes para ello.

Su póliza se considerará rehabilitada a partir del día en que se realice de manera exitosa el cargo de la prima correspondiente, en este caso, la

protección de cada uno de los beneficios contratados en esta póliza iniciará a partir de ese día y continuará hasta el mismo día del siguiente mes, por lo que no estaremos obligados al pago de la Suma Asegurada respecto de los siniestros ocurridos dentro del periodo en descubierto.

1.13. Renovación Automática

Esta póliza se renovará sin necesidad de solicitud expresa de Su parte por periodos mensuales, iniciando la cobertura el mismo día del mes que la vigencia anterior, con excepción de los días 31, en cuyo caso el día de vigencia será a partir del día primero de cada mes.

Si Su edad al momento de la renovación rebasara los 84 (ochenta y cuatro) años, esta póliza se cancelará automáticamente terminando así Nuestras obligaciones con Usted.

La prima de renovación pagadera durante el nuevo plazo será la que corresponda a Su edad cumplida en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y Suma Asegurada que se encuentre vigente en esa fecha para cada edad.

1.14. Agravación del riesgo

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 de la Ley sobre el contrato de Seguro, Usted deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tengan Su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si Usted(es) omite(n) o provoca(n) alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho Nuestras obligaciones en lo sucesivo.

1.14.1 Cláusula complementaria de Agravación del Riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Usted o Su(s) Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Usted o Su(s) Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinques, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Usted o Su(s) Beneficiario(s), sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Nosotros tengamos conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Usted o Su(s) Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Nosotros consignaremos ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

1.15. Ocurrencia del Siniestro

Con base en el Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, tan pronto como Usted o Su(s) Beneficiario(s), tengan conocimiento de la realización de un siniestro cubierto por Nosotros en Su póliza, deberá(n) notificárnoslo por escrito en un plazo máximo de 5(cinco) días.

1.16. Comprobación del Siniestro

Con la aceptación de esta póliza, Usted(es) nos autoriza(n) para que solicitemos y obtengamos de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que lo hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre Su(s) padecimiento(s) anterior(es) y/o actual(es).

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, Usted(es) deberán cumplir con la obligación de presentar, en caso de siniestro, un resumen clínico así como toda la información y documentación que Nosotros les requiramos sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento del (de los) padecimiento(s) correspondiente(s) ya que los mismos son indispensables para que Nosotros podamos conocer el fundamento de la reclamación.

Según lo establecido en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro podremos exigirle a Usted(es) toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En caso de que Usted(es) se negaran injustificadamente a proporcionarnos esta información o documentos, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone el presente Contrato.

1.17. Extinción de Obligaciones

Una de las principales obligaciones de Usted, Su(s) Beneficiario(s), el (los) representante(s) de ambos y del (de los) Contratante(s) es declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Con base en el Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, Nuestras obligaciones quedarán extinguidas si demostramos que Usted, Su(s) Beneficiario(s) o el (los) representante(s) de ambos, con el fin de hacernos incurrir en error, disimula(n) o declara(n) inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir Nuestras obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no Nos remitan en tiempo la documentación a que se refiere el numeral "1.16. Comprobación del Siniestro".

1.18. Interés Moratorio

En caso de que no cumplamos con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, pagaremos al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que a continuación se transcribe:

"ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente.

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

1.19. Comisiones

Durante la vigencia de esta póliza, el Contratante podrá solicitarnos por escrito le informemos 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. Dicha información la proporcionaremos 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.

1.20. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía, derivados de la contratación de este seguro y formas de cancelar o terminar anticipadamente esta póliza.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y al Contratante de la póliza los documentos que a cada uno le correspondan, en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la compañía utilice para tal efecto, o
- 3.- Envío por correo electrónico.

Si el Asegurado y/o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía acudiendo al domicilio de la misma o a cualquiera de sus oficinas para que ahí se los proporcionen, o comunicándose al número telefónico 54-47-8000 en la Ciudad de México y área metropolitana, o al 01-800-90-90000 para el interior del país, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico, se le proporcionen dichos documentos.

Para cancelar o terminar anticipadamente la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberán solicitarlo a la Compañía por escrito que entreguen en su domicilio o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada o terminada anticipadamente a partir del momento en que se emita dicho acuse. En caso de que la contratación del seguro haya sido vía telefónica, la cancelación o terminación anticipada de la póliza o la solicitud para que la misma no se renueve, también podrá efectuarse comunicándose al número telefónico 54-47- 8000 en la Ciudad de México y área metropolitana, o al 01-800-90-90000 para el interior del país, en este caso, la Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento que se emita dicho folio.

La compañía antes de emitir el acuse o folio correspondiente se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado y/o Contratante que haya formulado la solicitud para no renovar la póliza o para la cancelación o terminación anticipada de la misma.

1.21. Legislación aplicable.

Este contrato se rige conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás normatividad vigente que le resulte aplicable.

Capítulo II.

Características de las Coberturas contratadas en esta póliza

2.1. Definiciones:

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a Su voluntad, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca Su muerte, y ésta ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Accidente Cubierto

Se considerará como tal a aquél que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza, así mismo, se considerarán dentro de un mismo accidente todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven de dicho Accidente.

Arbitraje Médico

En caso de desacuerdo respecto de si una Enfermedad es preexistente o no, Usted podrá acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar a su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros.

En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de Nosotros.

Si Usted optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a él no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de Nosotros respecto a la preexistencia de una Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de Nosotros, simplemente determinará la preexistencia o no de la Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

Deducible

Cantidad fija a Su cargo, señalada en la carátula de esta póliza que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Accidente Cubierto. Una vez que dichos gastos han rebasado este monto, comienza Nuestra obligación.

Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos a Su Cónyuge o Concubina(rio) y a Sus hijos menores de 25 años, solteros, que no tengan ingresos propios.

Enfermedad

Es la alteración de Su salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de esta póliza, sólo las Enfermedades que se manifiesten 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

Enfermedad Preexistente

Aquella Enfermedad que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) que se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

Nosotros sólo podremos rechazar una reclamación por una Enfermedad Preexistente cuando contemos con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando Nosotros contemos con pruebas documentales de que se haya hecho algún gasto para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula denominada Arbitraje Médico.

Hospital

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta las 24 (veinticuatro) horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas, Médicos y enfermeros. Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización

Es la estancia continua en un Hospital siempre y cuando esta sea justificada y comprobable, para la atención de un Accidente Cubierto. Inicia a partir del momento en que Usted ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Médico

Es la persona física que ejerce la medicina, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser médico general o médico especialista.

COBERTURA

La cobertura de esta póliza estará determinada en función a la modalidad contratada que se indica en la carátula de la póliza de acuerdo a lo siguiente:

MODALIDAD	COBERTURAS
Vida Express Básico	Fallecimiento
Vida Express Plus	Fallecimiento Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Ambulancia
Vida Express Plus Familiar	Fallecimiento Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Ambulancia

Únicamente cuando la modalidad de contratación sea “VIDA EXPRESS PLUS FAMILIAR” también estarán asegurados en esta póliza los Dependientes Económicos de Usted bajo las mismas coberturas y condiciones indicadas en la Carátula de la presente póliza y en estas Condiciones Generales.

2.2. Cobertura por Fallecimiento

En caso de que Su fallecimiento ocurra durante la vigencia de esta póliza, pagaremos a Sus Beneficiarios la Suma Asegurada indicada en la carátula de esta póliza para esta Cobertura. Si Usted(es) viviera(n) al final de la vigencia de esta cobertura, terminarán Nuestras obligaciones con Usted.

2.2.1. Exclusiones

Esta póliza no surtirá efectos si Su fallecimiento sucede por las siguientes causas:

- A. Suicidio ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de este Contrato o de su última Rehabilitación Automática si ésta no se realizó dentro de los 30 días siguientes en que cesaron los efectos de la póliza. En este caso, Nosotros solamente reembolsaremos a Sus Beneficiarios el importe de la reserva matemática que corresponda a este Contrato en la fecha que ocurra Su fallecimiento.**
- B. Como consecuencia de alguna de las Enfermedades Preexistentes señaladas a continuación, durante los 5 (cinco) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de este Contrato o de su última Rehabilitación Automática si ésta no se realizó dentro de los 30 días siguientes en que cesaron los efectos de la póliza:**
- **Cirrosis hepática,**
 - **Insuficiencia Renal Crónica o rechazo de trasplante,**
 - **Cualquier tipo de diabetes,**
 - **Esclerosis múltiple,**
 - **Enfisema pulmonar, bronquitis crónica,**

- **Trasplante cardíaco, hepático y/o de médula,**
- **Enfermedades hepáticas crónicas,**
- **Pancreatitis,**
- **Infarto, angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardiacas o bypass coronario,**
- **Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales,**
- **Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia,**
- **Hemofilia,**
- **SIDA, e**
- **Hipertensión Arterial.**

C. Lesiones derivadas de un Accidente ocurrido antes del inicio de vigencia de la póliza o de su última Rehabilitación Automática previa a la fecha del siniestro.

D. Lesiones derivadas de heridas por arma de fuego o punzocortante ocurridas antes del inicio de vigencia de la póliza o de su última Rehabilitación Automática previa a la fecha del siniestro, siendo Usted culpable o no.

E. Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.

- F. Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego.**
- G. Toxicomanía, uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o usados en forma distinta a su prescripción.**
- H. Práctica de los siguientes deportes de manera amateur o profesional: Buceo, alpinismo, motociclismo (en competencia), rapel, cualquier tipo de deporte aéreo.**

2.3. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

El límite de edad para contratar éste beneficio es de los 18 (dieciocho) a los 55 (cincuenta y cinco) años. Esta cobertura terminará sin obligación posterior para Nosotros en la renovación en la cual Usted cumpla los 65 (sesenta y cinco) años de edad y en el caso de Dependientes Económicos hijos: hasta los 25 (veinticinco) años de edad, Cónyuge hasta los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

Nosotros reembolsaremos el (los) gasto(s) en que Usted(es) incurriera(n) si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 10 (diez) días siguientes a la fecha del mismo se viera(n) precisado(s) a someterse a alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico, fuera necesaria Su hospitalización, requiera(n) medicamentos o estudios de laboratorio o requiera(n) servicio de ambulancia terrestre.

Cualquier indemnización que proceda, se hará hasta por el monto erogado por estos conceptos, con límite de la Suma Asegurada vigente al momento de la ocurrencia del siniestro aplicando el Deducible indicado en la carátula de esta póliza.

Solamente se cubren 2 (dos) eventos por cada aniversario anual de esta póliza.

Los tratamientos quirúrgicos de nariz y de rodilla se cubrirán después de los primeros 730 (setecientos treinta) días de vigencia ininterrumpida de esta cobertura.

2.3.1. Exclusiones

¿En qué casos no surte efecto esta cobertura?

- A. Cualquier gasto que sea realizado fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- B. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos de columna vertebral.**
- C. Tratamientos médicos o quirúrgicos por reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.**
- D. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de intentos de suicidio o lesiones auto infligidas.**
- E. Reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente Cubierto.**
- F. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Aborto(s) cualquiera que sea su causa.**
- G. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
- H. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción; así mismo cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad a menos que no pueda imputársele culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.**

- I. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de Accidentes sufridos en cumplimiento de servicio militar de cualquier clase.**
- J. Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- K. Tratamientos Médicos o quirúrgicos derivados de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- L. Tratamientos médicos o quirúrgicos que requiera el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.**
- M. Tratamientos médicos o quirúrgicos que requiera el Asegurado por haber participado directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- N. Tratamientos médicos o quirúrgicos que requiera el Asegurado por la práctica de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
- O. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Accidentes que sufra el Asegurado a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.**

- P. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación.**
- Q. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
- R. Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado cuando se le practiquen tratamientos médicos o quirúrgicos.**
- S. Tratamientos médicos o quirúrgicos que resulten de un Accidente ocurrido antes del inicio de vigencia de esta póliza o de su última Rehabilitación Automática previa a la fecha del siniestro así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
- T. Honorarios médicos o pago a proveedores cuando el médico tratante o proveedor sea el Asegurado o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del mismo.**

2.4. Ambulancia

Consiste en otorgar a Ustedes el traslado (en todas las Áreas Metropolitanas de los Estados Unidos Mexicanos) por causa de un Accidente y/o Enfermedad **en el hogar**, en caso de Usted(es) lo requiera(n), al centro hospitalario más cercano.

Cualquier solicitud de este servicio causará la aplicación de un Deducible, el cual está indicado para esta cobertura en la carátula de esta póliza.

Solamente se cubren 2 (dos) eventos por cada aniversario anual de esta póliza.

2.4.1. Exclusiones

¿En qué casos no surte efecto esta cobertura?

Esta cobertura no cubrirá el traslado por causa de un accidente y/o enfermedad derivado de:

- A. Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
- B. La participación activa del Asegurado, en actos criminales.**
- C. La participación del Asegurado en riñas, salvo en caso de defensa propia.**
- D. Enfermedades mentales o alienación.**
- E. Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

Esta cobertura tampoco cubrirá gastos médicos de hospitalización.

Capítulo III.

Primas

3.1. Primas a cargo del Contratante

Prima es la cantidad indicada en la carátula de esta póliza que el Contratante deberá pagar.

La prima total de Su póliza es la suma de la prima neta correspondiente a las coberturas contratadas en la modalidad seleccionada y de los gastos de expedición correspondientes a esta póliza.

3.2. Plazo de pago de primas

Período en el que el Contratante se encuentra obligado a realizar el pago de las primas, el cual está indicado en la carátula de esta póliza.

3.3. Formas de pago de primas

La forma del pago de primas, se realizará en una sola exhibición.

3.4. Lugar y Período para el pago de la prima

La prima total de esta póliza vence el primer día de cada período de pago. Se entiende por período de pago, cada vigencia de la póliza, indicada en la carátula de esta póliza así como sus renovaciones.

No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente a cada período de pago. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por Nosotros el cual deberá ser solicitado por Usted.

Si el Contratante no liquida la prima, dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término.

El pago de las primas se realizará con cargo a una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida, en los términos especificados en la solicitud, en estos casos el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

Nosotros tendremos el derecho de compensar las primas que se nos adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.

Capítulo IV

Beneficiarios y Pago de Sumas Aseguradas

4.1. Beneficiarios

Se designa como Beneficiario en primer lugar al Cónyuge o Concubina(rio) del Asegurado, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales. Tratándose de la modalidad Vida Express Plus Familiar en caso de fallecimiento de alguno de Sus Dependientes Económicos el beneficiario será Usted.

Usted tiene derecho a designar o cambiar libremente el (los) Beneficiario(s), siempre que no exista restricción legal en contrario. Para efectuar dicho cambio, deberá notificarnoslo por escrito o mediante solicitud que le será proporcionada por Nosotros, indicando el nombre del (los) nuevo(s) Beneficiario(s); en caso de que la notificación no se reciba oportunamente pagaremos al último Beneficiario de que tengamos conocimiento sin responsabilidad alguna para Nosotros, quedando liberados de las obligaciones a Nuestro cargo establecidas en este contrato.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los Beneficiarios supervivientes, salvo indicación en contrario por parte de Usted.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a Su sucesión; la misma regla se observará, en caso de que sólo se hubiere designado un Beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que Usted y no existiese designación del Beneficiario, salvo estipulación en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Advertencia

En el caso de que Usted 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 debe 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 nombra 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.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad, esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

4.2. Pago de Sumas Aseguradas

Cuando proceda el pago de la(s) Suma(s) Asegurada(s) se realizará en una sola exhibición en un plazo no mayor a 30 (treinta) días a partir de la fecha en que Nosotros hayamos recibido la información y los documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4.2.1 Cobertura por Fallecimiento

La Suma Asegurada correspondiente a Su fallecimiento se pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios designados, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días después de la fecha en que Nosotros hayamos recibido los documentos e información de Su fallecimiento y de los derechos de los reclamantes, siempre y cuando Su fallecimiento ocurra durante la vigencia de los beneficios contratados.

En caso de que al momento del fallecimiento de alguno de sus Dependientes Económicos éste tuviera menos de 12 (doce) años de edad, no estaremos obligados a pagar el importe de la Suma Asegurada y Nuestra responsabilidad se concretará únicamente a la devolución de la prima que por esta cobertura nos haya pagado, en términos del Artículo 168 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.2.2 Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En caso de reclamación Usted deberá dar aviso por escrito en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del derecho constituido a Su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro caso.

Cuando se presente una reclamación por un Accidente Cubierto, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado se descontará el Deducible correspondiente.

El total de las cantidades que pagaremos, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado.

En toda reclamación deberá comprobarse por cuenta de Usted y/o de los reclamantes la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante, Usted y/o los reclamantes deberán presentar ante Nosotros una declaración del Médico o Médicos que le hayan atendido a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto Nosotros le proporcionaremos, así como todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico del gasto cubierto.

Con la aceptación de esta póliza, Usted y/o los reclamantes nos autorizan para que, en cualquier tiempo, solicitemos y obtengamos de los Médicos,

Hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que le hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) tratamiento(s) médico(s) anterior(es) y/o actual(es) y de los Accidentes que motivaron éstos.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, Usted y/o los reclamante(s) deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que Nosotros lo solicitemos, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que Nosotros requiramos sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los Accidentes que provocaron el gasto cubierto, ya que los mismos son indispensables para que Nosotros podamos conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo.

Las reclamaciones serán liquidadas a Usted o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de algún gasto cubierto, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- A.** Original del documento denominado "Aviso de Accidente" proporcionado por Nosotros debidamente requisitado y firmado por Usted.
- B.** Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por Nosotros debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C.** Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por del Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) de Usted y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- D.** Original de un comprobante de domicilio de Usted y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E.** Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada

la indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de Nosotros.

F. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.

Los pagos de siniestros que resulten procedentes sobre aquellos gastos cubiertos, serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que Nosotros recibamos los documentos e informes que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cuando la prima o fracción correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del periodo de gracia para realizar su pago, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la indemnización.

Para que proceda el reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un diagnóstico médico definitivo.

4.2.3 Ambulancia

En caso de que Usted así lo requiera y antes de iniciar cualquier acción, deberá llamar a Nuestro centro de atención telefónica facilitando los siguientes datos:

- A.** Su nombre y el de la persona que realiza la llamada
- B.** Lugar donde se requiere el servicio de ambulancia y, si es posible número de teléfono donde Nosotros podamos contactarlo a Usted y/o a la persona que realiza la llamada, así como todos los datos que la operadora le solicite para localizarlo.
- C.** Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise
- D.** Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin Nuestra previa autorización

Normas Generales

- a) Moderación:** Usted está obligado a tratar de moderar los efectos de las situaciones de asistencia.
- b) Personas que prestan los servicios de asistencia:** Las personas que suministran los servicios de ambulancia son prestadores independientes de Nosotros.

Facultad de Designación del Prestador de Servicios

Será facultad Nuestra contratar al (los) prestador(es) de servicios que pueda(n) otorgar la coberturas de Ambulancia.

4.3. Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

Una vez transcurridos al menos 12 (doce) meses a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de este contrato, si Usted así lo solicita, se le podrá anticipar por única vez y sin costo, el 50% de la Suma Asegurada del Beneficio por Fallecimiento, en caso de que sea diagnosticado como Enfermo en Fase Terminal con una de las Enfermedades que más adelante se definen y tengan las características ahí descritas.

4.3.1. Definición de Enfermo en Fase Terminal

Un Enfermo en Fase Terminal, es aquel en que sus posibilidades de recuperación de acuerdo a su enfermedad, se reducen al mínimo, dando como resultado una esperanza de vida menor o igual a 12 (doce) meses.

4.3.2. Período de espera para el pago del adelanto de la Suma Asegurada

Cada una de las enfermedades cubiertas, diagnosticadas por el médico tratante, deberán ser confirmadas por un médico nombrado por Nosotros y debe ser demostrada mediante pruebas clínicas, estudios de gabinete y de laboratorio. Por esta razón, Nosotros dispondremos de un período máximo de 30 (treinta) días contados a partir del día siguiente a aquél en que Usted presente la reclamación correspondiente para que determinemos la procedencia o improcedencia de ésta.

4.3.3. Pago de la Suma Asegurada por Su Fallecimiento

En el momento en que Usted fallezca, se otorgará a Sus Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada contratada en esta póliza, menos el adelanto que se hubiere pagado a Usted por la presente cobertura.

4.3.4. Beneficiarios

En caso de que esta póliza tenga Beneficiarios irrevocables, éstos deberán notificarnos por escrito que están de acuerdo en que Usted solicite este Beneficio.

4.3.5. ¿Cuáles son las enfermedades cubiertas?

Las enfermedades cubiertas son:

- Infarto al Miocardio;
- Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass;
- Cáncer,
- Hemorragia o Infarto Cerebral, e
- Insuficiencia Renal

4.3.6. Definición de Enfermedades Cubiertas:

Estas Enfermedades deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto al Miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

Se basará el diagnóstico en:

- a) Un historial de dolores torácicos típicos.
- b) Elevación de las enzimas cardíacas.
- c) Aparición o no de aneurisma ventricular.
- d) Historia pos-infarto de trastornos del ritmo cardíaco como fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia paroxística o sostenida supra o ventricular, bloqueo de la rama izquierda del haz de his y bloqueos auriculo-ventriculares.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- a) El Infarto al Miocardio haya requerido de atención hospitalaria y cuyos primeros 4 (cuatro) días haya permanecido en unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- b) Del Infarto al Miocardio se determine invalidez médica para el desarrollo posterior de Su trabajo habitual.
- c) No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia de mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de 2 (dos) o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

Cáncer

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis). Incluye entre otros la Leucemia y enfermedades malignas del Sistema Linfático. **En Cáncer de piel sólo se cubrirá el Melanoma Invasivo.**

Hemorragia o Infarto Cerebral

Hemorragia u obstrucción cerebro-vascular, que incluya la muerte de tejidocerebral, con secuelas neurológicas de una duración mayor de 24 (veinticuatro) horas, que deje una deficiencia neurológica comprobada de una duración mayor a 3 (tres) meses.

Insuficiencia Renal

Cuando haya una falla por Insuficiencia Renal irreversible en ambos riñones, debida a la Insuficiencia Renal crónica, evidenciada por requerir diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

El adelanto de la Suma Asegurada será otorgado solamente una vez.

4.3.7. EXCLUSIONES

Por tratarse de un anticipo de la cobertura básica, aplican las mismas exclusiones de dicha cobertura.

GLOSARIO DE ARTÍCULOS

Ley sobre el Contrato de Seguros.

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 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.

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 del mismo.

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 168.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

Artículo 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Ley de Protección y Defensa del Usuario

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

- I. El procedimiento de conciliación sólo 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.
- IBis. 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 que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa

Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

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

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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 éste 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, 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 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

“Le recordamos que Nuestro Aviso de Privacidad está a Su disposición en www.inbursa.com”

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs., así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238-0649 o desde el interior de la República al 01-800-849-1000, de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs., o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

CONDUSEF: Insurgentes Sur no. 762, colonia del Valle, delegación Benito Juárez, c.p. 03100, Ciudad de México, teléfonos: (55) 5340-0999 y 01 800-999-8080, página en internet: www.condusef.gob.mx , correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

“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 19 de mayo de 2014, con el número CNSF-S0022-0161-2014; a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-0022-0238-2015; a partir del día 26 de mayo de 2015, con el número CGEN-S0022-0002-2015; a partir del 6 de marzo de 2017 con el número CGEN-S0022-0028-2017; a partir del día 12 de julio de 2017 con el número CGENS0022-0090-2017 y a partir del día 28 de julio de 2017 con el número CGEN-S0022-0108-2017. / CONDUSEF-001418-01”.

