



Clausulado



Condiciones Generales de la Póliza de
Seguro de Vida Individual
Multivida Total T1
Renovable

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

Índice

Capítulo	Página
I Cláusulas Generales	1
II Características del Plan del Seguro contratado en esta póliza	11
III Beneficios Adicionales	14
IV Primas	23
V Beneficiarios y Pago de Sumas Aseguradas	25
Glosario de Artículos	30

Capítulo I.

Cláusulas Generales

1.1. Definiciones

Al utilizar las siguientes palabras queremos decir esto:

Usted = El Asegurado de la póliza

Su, Sus = Del Asegurado

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

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

1.2. Contrato

¿Qué documentos forman mi contrato?

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

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”. (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

1.3. Contratante

¿Quién es el contratante del seguro?

Para los efectos de este contrato se entiende que el contratante es Usted. En caso de que el contratante sea otra persona, se hará constar en la carátula de esta póliza.

1.4. Vigencia

¿Durante cuánto tiempo voy a estar protegido?

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 IV Primas.

Asimismo, esta póliza terminará sin obligación posterior para Nosotros con el pago que proceda por Su fallecimiento.

No obstante el término de vigencia del Contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o de Usted mediante notificación realizada por escrito en cualquiera de nuestras sucursales.

1.5. Edad

¿Cuál es la edad mínima y máxima de contratación de este seguro?

La edad mínima de contratación para Usted es de 12 años y la máxima es de 70 años.

1.5.1. Para los fines de este contrato, ¿Cómo se determina mi edad?

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

¿Es necesario que compruebe mi edad?

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 de edad.

1.5.2. En caso de una inexactitud en las indicaciones de mi edad ¿qué sucede?

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de Su edad, no podremos rescindir el contrato, a no ser que Su edad real al tiempo de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión de acuerdo al plan contratado, pero en este caso, le devolveremos la reserva matemática del contrato existente a la fecha de rescisión.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de Su edad, Usted pague 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, estuviere Usted 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 en la solicitud y ésta se encuentre 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.

1.6. Descuento de No Fumador

Este descuento operará únicamente si en la carátula de esta póliza se indica "No fumador".

¿Cómo funciona?

Consiste en reducir en dos años Su edad para el cálculo de primas del beneficio básico y de los beneficios adicionales de Enfermedades Graves y Gastos Funerarios Familiar en caso de haberse contratado, dado que Usted declaró ser no fumador, por lo tanto, la prima y los valores garantizados a que tenga derecho corresponderán a la nueva edad de cálculo, respetando la edad mínima de cálculo de 18 años.

¿Durante cuánto tiempo estará vigente?

Esta cláusula estará vigente por todo el tiempo en que Usted no modifique Su hábito de no fumar.

Si Usted se convierte en fumador, deberá notificarnoslo por escrito, ya que debemos cambiar la edad de cálculo en Sus beneficios y por lo tanto, la prima.

Tendremos la facultad de verificar Sus hábitos a la fecha de ocurrencia del siniestro y si se comprueba que Usted era fumador o que el tabaquismo tuvo relación con la causa de Su fallecimiento o enfermedad, la Suma Asegurada de Su beneficio básico y de los beneficios adicionales de Enfermedades Graves y Gastos Funerarios Familiar se reducirá de acuerdo con su edad real.

1.7. Descuento de Mujeres

¿Cómo funciona?

Consiste en reducir, a las personas de sexo femenino, tres años a Su edad real para el cálculo de primas del beneficio básico y en los beneficios adicionales de Enfermedades Graves y Gastos Funerarios Familiar en caso de haberse contratado, por lo tanto, la prima y los valores garantizados a que tenga derecho corresponderán a la nueva edad de cálculo.

Este descuento de edad podrá adicionarse, en su caso, con el de no fumador, hasta un total de cinco años respetando la edad mínima de cálculo de 15 años.

1.8. Moneda

¿En qué moneda se realizan los pagos referentes a esta póliza?

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 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 que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

1.9. Carencia de Restricciones

¿Existen algunas restricciones para mi póliza?

No, salvo las exclusiones establecidas para los beneficios adicionales indicados en el Capítulo III Beneficios Adicionales, este contrato no está sujeto a restricción alguna, ya sea en atención a Su género de vida, residencia, viajes u ocupación.

1.9.1 Cláusula complementaria a la Carencia de Restricciones

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 Quinquies, 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.

1.10. Comunicaciones

¿A dónde les envío cualquier comunicación?

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 y comunicaciones que Nosotros le debamos hacer a Usted o a Sus beneficiarios, se harán en el último domicilio que conozcamos para tal efecto.

1.11. Competencia

1.11.1 En caso de tener alguna controversia, ¿quién podrá resolver la misma?

Usted, el Contratante y/o el (los) Beneficiario(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.

1.12. Disputabilidad

¿Es disputable esta póliza?

Sí, por falsedad u omisión en las declaraciones hechas por Usted en la solicitud del seguro o de rehabilitación, en su caso. Esta póliza es disputable únicamente durante los dos primeros años contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación.

Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, Usted presentara cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que necesitemos para la inclusión de los beneficios adicionales a que se refiere el Capítulo III Beneficios Adicionales, así como, para aumentar la Suma Asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años a partir de la fecha de su inclusión. Después de transcurrido ese período, no serán disputables en la misma forma que todo el resto de esta póliza.

1.13. Cambios

¿Qué debo hacer para efectuar un cambio a mi póliza?

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

1.14. Cesión de Derechos

¿Puedo ceder mis derechos sobre esta póliza?

Los derechos derivados de este contrato, sólo pueden cederse a terceras personas por escrito, y mediante notificación a Nosotros.

1.15. Prescripción

¿Tiene alguna prescripción esta póliza?

Las acciones que deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea Su fallecimiento y en 2 (dos) años en los demás casos. Estos plazos se contarán 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 los plazos 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 la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Nosotros.

1.16. Rehabilitación

1.16.1. En caso de que haya sido cancelada mi póliza por no haber efectuado el pago de las primas en su momento ¿Qué puedo hacer?

Usted, podrá solicitar en cualquier momento la rehabilitación de Su póliza, previa presentación a Su costa de las nuevas pruebas de asegurabilidad al momento de la rehabilitación.

Una vez satisfechos los requisitos de rehabilitación, para efectuar la misma, deberá pagar el importe de la prima o primas en descubierto (no pagadas y vencidas), así como los intereses respectivos que le indicaremos, capitalizables anualmente y aplicados sobre el valor de las primas en descubierto a la fecha de rehabilitación, también deberá pagar los préstamos que le hicimos a Usted si este es el caso.

Su póliza se considerará rehabilitada cuando le demos a conocer Nuestra aceptación.

1.16.2. ¿Habrá algún costo extra por rehabilitar mi póliza?

Sí, si Usted desea rehabilitar esta póliza, además de las primas vencidas y no pagadas, así como sus intereses respectivos, tendrá que absorber un costo adicional equivalente a 7 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México.

1.17. Suicidio

¿Existe alguna exclusión por suicidio?

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio vigencia o de la última rehabilitación de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y su estado mental o físico, Nosotros solamente reembolsaremos a Sus beneficiarios el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra Su fallecimiento.

No obstante Nosotros estaremos obligados al pago de la Suma Asegurada aún en caso de muerte por suicidio cualquiera que sea el estado físico o mental, una vez transcurridos los dos años.

En caso de rehabilitación, el período de dos años a que nos referimos, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite el beneficio. Cualquier incremento en la Suma Asegurada, diferente al originalmente pactado, será nulo en caso de suicidio antes de cumplirse dos años de la fecha en que fuese aceptado el incremento por Nosotros, limitándose en este caso Nuestra obligación al pago del importe de la reserva matemática.

1.18. Agravación del riesgo

¿Es importante avisar sobre cualquier cambio que afecte el (los) riesgo(s) amparado(s) en esta póliza?

Sí, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 de la Ley sobre el contrato de Seguro, Usted deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) 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.

1.18.1 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 Quinquies, 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.

1.19. 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), tenga(n) 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.

1.20. Comprobación del Siniestro

¿Se requerirá presentar pruebas para comprobar el 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. 21 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 "1.20. Comprobación del Siniestro".

1.22. Interés Moratorio

En caso de que no cumplamos con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, ¿qué sucede?

Nosotros 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:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - 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. "

1.23. Comisiones

¿Se puede conocer la comisión o compensación directa que le corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato?

Sí, durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

1.24. 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.

1.25. 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 del Plan del Seguro Contratado en esta póliza

2.1. Beneficio Básico

¿Cuál es el beneficio básico que ofrece este seguro?

Bajo este seguro Usted, contrata el beneficio básico:

- **Temporal Renovable a 1 año**

¿Cómo funciona el beneficio básico Temporal Renovable a 1 año?

En caso de que ocurriera Su fallecimiento durante el plazo del seguro que es de 1 año, pagaremos la Suma Asegurada contratada para este beneficio a Sus beneficiarios. Si Usted viviere al final de dicho plazo, este beneficio terminará sin obligación alguna para Nosotros.

¿Se renovará automáticamente el beneficio Temporal Renovable a 1 año?

Sí, se renovará anualmente siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor, sin necesidad de solicitud expresa por Usted. La Suma Asegurada será la misma del plazo inmediato anterior. 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 que se encuentre vigente en esa fecha. En caso de variación de la Suma Asegurada, la prima se calculará al nuevo importe de protección que se otorgue.

Si la prima de este beneficio básico hubiera sido gravada con una extraprima por motivo de salud u ocupación peligrosa, incluiremos en la prima de renovación la extraprima que, de acuerdo a las tarifas registradas corresponda a Su edad, salvo que Usted compruebe que han desaparecido las circunstancias que originaron dicha extraprima.

¿Hasta cuándo estaré protegido por el beneficio básico de Temporal Renovable a 1 año?

Este beneficio básico le ofrecerá protección hasta alcanzar la terminación del último período renovado, el cual se concederá a más tardar a la edad de 84 años, calculados en base a lo expuesto en la cláusula 1.5. Edad del Capítulo I Cláusulas Generales. Al terminar el último plazo del seguro, este beneficio ya no se renovará y el seguro terminará sin obligación alguna para Nosotros.

¿Hasta cuándo estaré protegido por los beneficios adicionales del Temporal Renovable a 1 año?

Estos beneficios le ofrecen protección hasta alcanzar la terminación del último periodo renovado del beneficio

básico, siempre y cuando la edad alcanzada de Usted no sea mayor a la permitida por el beneficio adicional correspondiente.

2.2. Opción de Conversión

¿Me ofrece esta póliza alguna opción de conversión de un beneficio básico a otro?

Sí, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta póliza, podrá convertirla a otra emitida en un plan diferente, independientemente de Su estado de salud u ocupación, siempre y cuando no se encuentre Usted en el supuesto de recibir los beneficios de Invalidez y Su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión del nuevo plan.

El nuevo plan se otorgará en cualquiera de los beneficios que se emitan.

¿Tengo algunas restricciones para convertir mi póliza?

Sí, la Suma Asegurada total de la nueva póliza no podrá ser superior a la del plan contratado originalmente ni la prima por millar de Suma Asegurada podrá ser inferior a la contratada en éste. En el caso de que solicite la conversión de Su seguro a otro plan, éste no podrá ser en una moneda diferente a la originalmente contratada.

¿A qué edad se calculará mi nuevo seguro?

La nueva prima se calculará de acuerdo con Su edad cumplida a la fecha de la conversión; si la prima total de esta póliza comprendiera alguna extraprima por motivo de salud u ocupación peligrosa, se agregará a la prima del nuevo seguro la extraprima que según las tablas que tengamos registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas corresponda al nuevo seguro y a Su edad, salvo que Usted nos compruebe que han desaparecido las circunstancias que motivaron dicha extraprima.

¿Tendrá algún costo el convertir mi póliza?

Sí, si Usted solicita una conversión de su póliza, le haremos un cargo equivalente a 2 días de Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México.

¿Hay algo más que deba saber respecto a la conversión?

Sí, existen dos puntos importantes que Usted debe conocer:

- a) En el momento de la conversión Usted deberá entregarnos la presente póliza para su modificación o sustitución, y
- b) No estaremos obligados a conceder en la nueva póliza los beneficios adicionales de Accidente, Invalidez, Enfermedades Graves, Ahorro y Gastos Funerarios Familiar, salvo si se contrataren.

2.3. Ajuste del Seguro

¿Qué alternativas de contratación de la Suma Asegurada puede tener mi póliza?

Usted, podrá escoger si Su póliza la desea contratar en cualquiera de las siguientes alternativas de comportamiento de la Suma Asegurada y de la prima, lo que se hará constar en la carátula de esta póliza:

2.3.1 Moneda Nacional

2.3.1.1 Planes Nivelados: Las Sumas Aseguradas del beneficio básico y de los beneficios adicionales y sus primas no variarán durante todo el plazo de seguro y de pago de primas.

2.3.1.2. Planes Crecientes: Durante el primer año de vigencia de este contrato, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del beneficio básico y de los beneficios adicionales indicados en la carátula de esta póliza, las obligaciones se realizarán en Moneda Nacional sin crecimiento alguno.

A partir del principio del segundo año de vigencia las Sumas Aseguradas del beneficio básico y de los beneficios adicionales contratados aumentarán anualmente en una cantidad igual al resultado que se obtenga de multiplicar el porcentaje de crecimiento, indicado en la carátula de esta póliza, por la Suma Asegurada inicial.

Las primas de este contrato se incrementarán anualmente a partir del segundo año de vigencia, en la misma proporción en que se incrementa la Suma Asegurada.



El número de años de crecimiento será el que se indica en la carátula de esta póliza y es igual al plazo de pago de primas, si el plazo de crecimiento fuese menor al plazo del seguro entonces la Suma Asegurada permanecerá constante a partir del último año de crecimiento y hasta que se termine el plazo del seguro.

2.3.2. Moneda Dólares

Las Sumas Aseguradas del beneficio básico y de los beneficios adicionales y la prima no varían en cuanto a la cantidad de dólares por la cual fue hecho el contrato.

Capítulo III.

Beneficios Adicionales

¿Qué beneficios adicionales puedo contratar?

Usted puede complementar Su protección a través de los siguientes beneficios adicionales, los cuales operarán únicamente si se han contratado y en la carátula de esta póliza se indica la leyenda correspondiente.

Las Sumas Aseguradas para cada uno de los Beneficios Adicionales contratados se indicarán en la carátula de Su póliza

Beneficios Adicionales de Accidente:

- **DI** Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental
- **DIC** Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva
- **DIPM** Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros
- **DIPMC** Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros Colectiva

Beneficios Adicionales de Invalidez:

- **BIT** Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
- **BITP** Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- **BITPA** Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Otros Beneficios Adicionales:

- **SEVI** Enfermedades Graves
- **Ahorro**
- **GF** Gastos Funerarios Familiar

Estos beneficios podrán ser contratados en forma adicional mediante la obligación del pago de las primas adicionales correspondientes que deberán ser cubiertas junto con la prima del beneficio básico y se calcularán en base a Su edad cumplida, con excepción de SEVI y GF, que se calcularán considerando los descuentos de no fumador y de mujer de acuerdo a las cláusulas 1.6. y 1.7. del Capítulo I Cláusulas Generales.

¿También se renovarán automáticamente estos beneficios adicionales?

Sí, en ese caso, la prima de renovación pagadera durante el nuevo plazo será la que corresponda a Su edad en el momento de la renovación, aplicando la tarifa que se encuentre vigente en esa fecha. En caso de variación de la Suma Asegurada, la prima se adecuará al nuevo monto de protección que se otorgue.

3.1. Definiciones

Es importante que se lean detalladamente las siguientes definiciones que se aplicarán a cada beneficio según corresponda:

¿Qué se entiende por accidente?

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a Su voluntad, que produzca lesiones corporales o Su muerte, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

¿Cómo se define enfermedad?

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este contrato, sólo las enfermedades que se manifiesten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

¿Cómo se definen las pérdidas orgánicas?

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

¿Qué se entiende por Invalidez Total y Permanente?

Por Invalidez total y permanente se entiende cualquier lesión corporal a causa de un accidente o una enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades, físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

En el caso de Invalidez por accidente, se considerará como tal si ésta se presenta dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

Independientemente de lo anterior, se considerarán como Invalidez total y permanente, y no se tomará en cuenta el periodo a que se refiere la parte final del primer párrafo de esta definición, lo siguiente:

- a) La pérdida completa y definitiva de la vista en ambos ojos,
- b) La amputación o anquilosis total de ambas manos,
- c) La amputación o anquilosis total de ambos pies,
- d) La amputación o anquilosis total de una mano y un pie,
- e) La amputación o anquilosis total de una mano y la pérdida de la vista de un ojo,
- f) La amputación o anquilosis total de un pie y la pérdida de la vista de un ojo.

3.2. Beneficios Adicionales por Accidente

¿Puedo contratar estos beneficios a cualquier edad?

No, los límites de edad para contratar estos beneficios adicionales son de 18 a 70 años.

3.2.1. Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental (DI)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional, a causa de un accidente ocurriera Su fallecimiento, pagaremos en una sola exhibición a Sus beneficiarios la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional.

3.2.2. Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva (DIC)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional a causa de un accidente se presenta Su fallecimiento pagaremos en una sola exhibición a Sus beneficiarios

la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional o bien pagaremos el doble de la Suma Asegurada para este beneficio si Su fallecimiento ocurriera:

- a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares o
- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre Usted al iniciarse el incendio.

3.2.3. Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (DIPM)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional a causa de un accidente ocurriera Su fallecimiento, pagaremos en una sola exhibición a Sus beneficiarios la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional o bien si a causa de un accidente Usted perdiera uno de Sus miembros le pagaremos el porcentaje de la Suma Asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.4. Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros Colectiva (DIPMC)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros Colectiva?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional a causa de un accidente ocurriera Su fallecimiento, pagaremos en una sola exhibición a Sus beneficiarios la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional o bien si a causa de un accidente Usted perdiera uno de Sus miembros le pagaremos el porcentaje de Suma Asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

O bien, le pagaremos el doble de la Suma Asegurada de este beneficio si Su fallecimiento o la pérdida de miembros ocurriera:

- a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares o
- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre Usted al iniciarse el incendio.

3.2.5. Tabla de Pérdidas Orgánicas

Si a causa de un accidente Usted perdiera alguno de Sus miembros le pagaremos el porcentaje de Suma Asegurada que le corresponda de acuerdo a la siguiente tabla de pérdidas orgánicas:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

3.2.6. Exclusiones

¿En qué casos no surtirán efecto los beneficios adicionales de Accidente?

Estos beneficios adicionales no surtirán efecto en aquellos casos en que la muerte o pérdida de miembros sobrevenga como consecuencia de:

- a) **Suicidio o lesiones que deliberadamente se cause Usted.**

- b) Homicidio intencional, salvo que se contrate la modalidad que lo incluya.**
- c) Riña, siempre que Usted hubiere sido el provocador.**
- d) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.**
- e) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no.**
- f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- g) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- h) Lesiones que sufra Usted cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- i) La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**

3.3. Beneficios Adicionales por Invalidez

¿Puedo contratar estos beneficios a cualquier edad?

No, los límites para contratar estos beneficios adicionales son de 18 a 55 años.

¿Se requerirán presentar pruebas para comprobar el estado de Invalidez?

Al solicitar el otorgamiento de los beneficios adicionales por Invalidez Usted, a Su costa, deberá presentar pruebas de Su estado de Invalidez total y permanente, mismas que deberán ser confirmadas por un médico nombrado por Nosotros.

Podremos, cuando lo estimemos necesario, exigir que se nos compruebe, a Nuestra costa, el estado de Invalidez total y permanente mediante una revisión de Su estado físico y mental a través de un médico, así como, examinarle durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brindan estos beneficios adicionales. En caso de que Usted se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y/o pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos imponen los presentes beneficios.

¿Cuándo cesan los beneficios otorgados por los beneficios adicionales de Invalidez?

Los efectos de estos beneficios adicionales de Invalidez terminarán sin obligación posterior para Nosotros hasta el aniversario-póliza inmediato posterior en que Usted cumpla los 60 años o cuando expire el plazo de los mismos o efectuemos el pago de la Suma Asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar el beneficio básico contratado, lo que ocurra primero.

Si estando Usted invalidado y gozando de los beneficios que otorga el beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, se negase a ser examinado o Nosotros comprobemos que ya está dedicado al desempeño de la actividad que desarrollaba en el momento de presentarse la Invalidez o de alguna otra similar que le produzca una remuneración o utilidad equivalente a aquella, cesarán los beneficios otorgados por este beneficio y se reanudará Su obligación de efectuar el pago de primas de esta póliza inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los hechos anteriores.

3.3.1. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente?

Si durante el plazo de pago de primas de los beneficios contratados y antes del aniversario de esta póliza inmediato posterior en que Usted cumpla la edad de 60 años, se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, le eximiremos del pago de las primas correspondientes, durante todo el tiempo que subsista la Invalidez, a partir de la que venza después de la fecha en que se diagnostique Su estado de Invalidez total y permanente.

3.3.2. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad (BITP)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional, Usted presenta un estado de Invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, Nosotros le pagaremos en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional, indicada en la carátula de esta póliza.

3.3.3. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente?

Si durante la vigencia de este beneficio adicional, Usted presenta un estado de Invalidez total y permanente a causa de un accidente, Nosotros le pagaremos en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional, indicada en la carátula de esta póliza.

3.3.4. Exclusiones

¿En qué casos no surtirán efecto los beneficios adicionales de Invalidez?

Estos beneficios no surtirán efecto en aquellos casos en que la Invalidez haya sido provocada por:

- a) Lesiones que deliberadamente se cause Usted o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizadas en forma distinta a dicha prescripción.**
- b) Riña siempre que Usted hubiere sido el provocador.**

- c) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.**
- d) Uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**
- e) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no.**
- f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- g) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.**
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:**
 - se hubieren manifestado, y/o**
 - fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o**
 - hayan generado un gasto, y/o**
 - hayan sido aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, siempre que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un médico así lo determine.**
- i) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

j) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

k) Lesiones que sufra Usted cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

l) La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.

m) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

3.4. Enfermedades Graves (SEVI)

¿Puedo contratar este beneficio adicional a cualquier edad?

No, los límites de edad para contratar este beneficio adicional son de 18 a 55 años.

¿Cómo funciona el Beneficio Adicional de Enfermedades Graves?

En caso de que a Usted se le diagnostique alguna de las siguientes 7 enfermedades graves, Nosotros pagaremos la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional en una sola exhibición, al tener en Nuestro poder las pruebas del diagnóstico de la enfermedad, siempre y cuando dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de inicio de vigencia de este beneficio, indicada en la carátula de esta póliza.

¿Cómo deberá ser el diagnóstico?

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido o corroborado por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

¿Se requerirá presentar pruebas para comprobar el diagnóstico?

Podremos, cuando lo estimemos necesario, exigir que se nos compruebe a Nuestra costa el diagnóstico presentado, solicitándole se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que consideremos necesarias. En caso de que Usted se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone el presente beneficio. Una vez pagada la Suma Asegurada contratada para este beneficio ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

En caso de reclamación ¿Qué debo hacer?

Usted deberá presentarnos una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.

¿Cuándo cesan los beneficios otorgados por el beneficio adicional de Enfermedades Graves?

Los efectos de este beneficio adicional de Enfermedades Graves terminarán sin obligación posterior para Nosotros hasta el aniversario-póliza inmediato posterior en que Usted cumpla la edad de 65 años o cuando expire el plazo del mismo o bien, efectuemos el pago de la Suma Asegurada por ocurrencia del siniestro o bien, al terminar el beneficio básico contratado, lo que ocurra primero.

¿Cuáles son las enfermedades cubiertas?

Las enfermedades cubiertas son:

- **Infarto al Miocardio**
- **Cáncer**
- **Enfermedad cerebro vascular**
- **Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass**
- **Insuficiencia Renal**
- **Transplante de órganos vitales**
- **Parálisis/Paraplejia**

Estas enfermedades deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto al miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de este beneficio, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones pos-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

Cáncer

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otras leucemia y la enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

Enfermedad cerebro vascular

Una enfermedad o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de 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.**

Insuficiencia renal

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

Trasplante de órganos vitales

La realización efectiva de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donante.**

Parálisis/paraplejía

La pérdida total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

3.4.1. Exclusiones

¿En qué casos no surte efecto este beneficio adicional?

Quedan excluidos de este beneficio los padecimientos de las enfermedades especificadas cuando hayan sido provocados por:

- a) Lesiones que deliberadamente se cause Usted o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizadas en forma distinta a dicha prescripción.**
- b) Riña siempre que Usted hubiere sido el provocador.**
- c) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.**
- d) Uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**

e) Un estado de revolución o guerra declarada o no.

f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.

g) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:

- **se hubieren manifestado, y/o**
- **fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o**
- **hayan generado un gasto, y/o**
- **hayan sido aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, siempre que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un médico así lo determine.**

h) La presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

También quedan excluidas todas las enfermedades que no sean las descritas anteriormente para este beneficio adicional.

3.5. Ahorro

¿Puedo contratar este beneficio adicional a cualquier edad?

No, los límites de edad para contratar este beneficio adicional son de 12 a 70 años.

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Ahorro?

En caso de que ocurriera Su fallecimiento durante el plazo del seguro indicado en la carátula de la póliza para este beneficio adicional, pagaremos el valor de rescate de este beneficio. Si Usted viviere al final de dicho plazo le entregaremos la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional.

El pago correspondiente a este beneficio adicional ya sea por fallecimiento o por supervivencia se realizará descontando los impuestos que se llegaran a causar de acuerdo a la legislación vigente en el momento del pago.

¿Hasta cuándo estaré protegido por este beneficio?

Este beneficio le ofrecerá protección hasta la terminación del beneficio básico o hasta la terminación de este beneficio, lo que ocurra primero. En caso de que se cancelara el beneficio básico por cualquier causa este beneficio adicional se cancelará en la misma fecha entregando a Usted el valor de rescate correspondiente a este beneficio adicional.

3.6. Gastos Funerarios Familiar (GF)

¿Puedo contratar este beneficio adicional a cualquier edad?

No, los límites de edad para contratar este beneficio adicional son de 18 a 70 años.

¿Cómo funciona el beneficio adicional de Gastos Funerarios Familiar?

Nosotros estaremos obligados a pagar la Suma Asegurada contratada para este beneficio adicional, que no podrá exceder de 60 Salarios Mínimos Mensuales Vigentes en la Ciudad de México al momento de la contratación, en caso de que ocurra Su fallecimiento, el de Su cónyuge o cualquiera de Sus hijos solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 años de edad.

¿Este beneficio adicional cuenta con Renovación Automática?

Este beneficio adicional se renovará anualmente siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y se efectúe el pago de la prima correspondiente para este beneficio. La prima de este beneficio se calculará en base a su edad cumplida en la fecha de la renovación.

¿Hasta cuándo estaré protegido por este beneficio adicional?

Este Beneficio estará vigente durante el plazo de pago de primas del beneficio básico o hasta el aniversario-póliza en que Usted alcance los 85 años de edad, lo que ocurra primero.

Capítulo IV Primas

4.1. Primas a cargo del Contratante

¿Qué debo entender por prima?

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

4.2. Plazo de pago de primas

¿Qué debo entender por plazo de pago de primas?

Periodo en el que el contratante y/o Usted se encuentran obligados a realizar el pago de las primas, el cual está indicado en la carátula de esta póliza para cada beneficio contratado.

4.3. ¿Con qué formas de pago de primas cuento?

La forma del pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de esta póliza.

4.4. ¿Puedo cambiar la forma de pago de mi prima estando ya en vigor el seguro?

Sí, en cualquier momento podrá cambiar la forma de pago, presentándonos la solicitud por escrito siempre que los pagos resultantes no sean inferiores a lo establecido por Nosotros en la fecha de cambio, aclarando que si el pago de la prima es en forma semestral, trimestral o mensual entonces se cobrará el recargo por pago fraccionado vigente en el momento del cambio.

4.5. ¿Dónde y cuándo debo pagarles la prima?

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida.

No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el contratante y/o Usted gozarán 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 periodo de pago anual o, en caso de que la forma de pago sea fraccionada, a partir de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por Nosotros.

Si el contratante y/o Usted no liquidan la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, 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 contratante y/o Usted estarán obligados a pagar la prima en Nuestro domicilio en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula de esta póliza, o en cualquiera de Nuestras oficinas contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por Nosotros, solamente cuando el contratante y/o Usted tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por Nosotros. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado.



Asimismo el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito, cuenta de cheques o con cargo a su nómina, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta o el recibo de nómina donde aparece el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

Nosotros podremos reclamar de Usted el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

Nosotros tendremos el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Capítulo V.

Beneficiarios y Pagos de Sumas Aseguradas

5.1. Beneficiarios

¿Puedo designar como beneficiarios a menores de edad?

Sí, pero queremos advertirle que 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.

¿Por qué no debo señalar a un mayor de edad como representante de los menores?

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.

¿A quién corresponde la representación legal de los menores?

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.

¿Puedo cambiar de beneficiarios?

Tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. Para efectuar dicho cambio, deberá notificarnoslo por escrito, indicando el nombre del nuevo beneficiario; en caso de que la notificación no se reciba oportunamente pagaremos al último beneficiario de que tengamos conocimiento quedando liberados de las obligaciones contraídas en este contrato.

¿Qué pasa si tengo varios beneficiarios y alguno fallece antes que yo?

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.

¿Podemos mis beneficiarios o yo escoger alguna otra opción de pago de los beneficios de esta póliza?

Sus beneficiarios a falta de Usted o Usted en su caso, podrán optar porque el producto líquido de esta póliza sea aplicado a la adquisición de una renta temporal pagadera durante el número de años que previamente se haya establecido, de acuerdo con Nuestras tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, siempre que cada uno de los pagos periódicos resultantes no sean

inferiores al equivalente a 30 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, al momento de la adquisición de la renta.

¿Qué pasa si no designo ningún beneficiario?

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.

5.2. 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.

¿A quién le pagarán las Sumas Aseguradas a mi fallecimiento?

Las Sumas Aseguradas a Su fallecimiento, se pagarán a los beneficiarios designados que se indican en el endoso de beneficiarios, tan pronto como recibamos las pruebas de Su fallecimiento y de los derechos de los reclamantes, siempre y cuando Su fallecimiento ocurra durante la vigencia de los beneficios contratados.

¿A quién se pagarán las Sumas Aseguradas por los beneficios adicionales de Pérdida de Miembros, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, Enfermedades Graves y Ahorro?

Las Sumas Aseguradas correspondientes se le pagarán a Usted o bien a Su beneficiario preferente, en caso de así haberlo establecido.

Si son varias las pérdidas de miembros acaecidas a causa de uno o varios accidentes, pagaremos las indemnizaciones respectivas, pero en total no podrán exceder de la Suma Asegurada contratada para los beneficios adicionales de accidente.

¿A quién se le pagará la Suma Asegurada por el beneficio adicional de Gastos Funerarios Familiar?

Nosotros efectuaremos el pago de la Suma Asegurada amparada por este beneficio adicional, al ocurrir el fallecimiento de Usted o de cualquiera de las personas indicadas en el punto que explica cómo funciona este beneficio (punto 3.7 párrafo segundo) a la persona que haya expensado los gastos respectivos, dé el aviso del siniestro, proporcione la documentación que compruebe la ocurrencia del mismo y entregue los comprobantes de los gastos funerarios. Si el monto total de gastos fuese menor al importe de la Suma Asegurada de este beneficio adicional, el remanente le será distribuido a Sus beneficiarios.

Únicamente se cubrirá el reembolso hasta el monto de la Suma Asegurada amparada por este beneficio adicional.

¿Cómo funciona el pago de cualquier Suma Asegurada si tengo menos de 12 (doce) años de edad?

En caso de que al momento de Su fallecimiento Usted no tuviera aún 12 (doce) años de edad, no estaremos obligados a pagar el importe de las Sumas Aseguradas y Nuestra responsabilidad se concretará únicamente a la devolución de las primas que por los beneficios contratados nos haya pagado, en términos del Artículo 168 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.2.1. Pago Inmediato de Gastos Finales

¿Cómo funciona?

Si Usted lo desea, puede informar a Sus beneficiarios que utilicen esta cláusula, por medio de la cual, pagaremos inmediatamente, siempre y cuando ya hubiera transcurrido el período de disputabilidad, al ocurrir Su fallecimiento, el importe mencionado en la carátula de esta póliza, en caso de existir tal mención o el 10% de la Suma Asegurada en vigor del beneficio básico contratado con máximo del equivalente a 2 mil días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México a la fecha del siniestro, considerando todas las pólizas expedidas por Nosotros a Su favor y que al momento del fallecimiento se encuentren en vigor.

En caso de que esta póliza se encuentre gravada con préstamo, el pago máximo a que hace referencia esta cláusula, será el equivalente al importe menor, que resulte entre los supuestos que a continuación se indican:

- 1) El importe mencionado en la carátula de esta póliza.
- 2) El 10% de la Suma Asegurada sin descontar el adeudo.
- 3) 2000 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México.
- 4) El remanente de la Suma Asegurada una vez descontado el adeudo.

¿A quién le será pagado el importe del Pago Inmediato de Gastos Finales?

El importe de esta cláusula se cubrirá al beneficiario que presente el acta de defunción.

El pago correspondiente se hará siempre que la parte del seguro que le corresponda a ese beneficiario, sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tengamos que efectuar.

En caso de aplicación de esta cláusula, descontaremos de la liquidación final del seguro, el pago efectuado por ésta misma, al beneficiario que hubiere recibido el pago para gastos finales.

¿Cuál es la ventaja que otorga el Pago Inmediato de Gastos Finales?

Obtener inmediatamente un anticipo de la Suma Asegurada, mismo que servirá para efectuar los pagos inherentes a Su fallecimiento.

5.2.2. Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

¿Cómo funciona?

Se le anticipará por única vez y sin costo, el importe mencionado en la carátula de esta póliza, en caso de existir tal mención, o el 30% de la Suma Asegurada alcanzada del beneficio básico contratado en esta

póliza con un tope máximo a \$500,000 pesos, en caso de que sea diagnosticado como enfermo en fase terminal con una de las enfermedades que a continuación se definen y tengan las características ahí descritas.

5.2.2.1. 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 meses.

5.2.2.2 Período de espera para el pago del adelanto de la Suma Asegurada

Cada una de las enfermedades descritas, diagnosticadas por el médico tratante, deberán ser confirmadas por un médico nombrado por Nosotros y debe ser demostrada mediante pruebas clínicas, radiológicas y de laboratorio. Por esta razón, Nosotros dispondremos de un período máximo de 30 días a partir de que Usted presente la reclamación correspondiente para que determinemos la procedencia o improcedencia de ésta.

5.2.2.3. Suma Asegurada por Fallecimiento

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

5.2.2.4. 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.

¿Cuáles son las enfermedades cubiertas?

Las enfermedades cubiertas son:

- Infarto Masivo al Miocardio
- Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

- Cáncer
- Hemorragia o Infarto Cerebral
- Insuficiencia Renal

5.2.2.5. Definición de enfermedades cubiertas:

Estas enfermedades deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto masivo al miocardio

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

Se basará el diagnóstico en:

- Un historial de dolores torácicos típicos.
- Elevación de las enzimas cardíacas.
- Aparición o no de aneurisma ventricular.
- 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 auriculoventriculares.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- El infarto del miocardio haya requerido de atención hospitalaria y cuyos primeros 4 días haya permanecido en unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- Que el infarto del miocardio determine Invalidez médica para el desarrollo posterior de Su trabajo habitual.
- 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 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 están excluidas de esta definición.**

Cáncer

Enfermedad provocada por 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 infartos cerebrales

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

Insuficiencia renal

Cuando haya una falla por insuficiencia renal, en estado terminal debida a la insuficiencia renal crónica, irreversible de ambos riñones, evidenciada por requerir diálisis renal permanente o trasplante renal.

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

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- Intento de suicidio o lesión autoinfligida.**
- Adicción al alcohol, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.**

- c) Cualquier cáncer "IN-SITU", sin invasión o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones pre-malignas, excepto el melanoma de invasión.**
- d) Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias, como angioplastia y/o cualquiera otra intervención intra-arterial.**

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.

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

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a 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 5 de abril de 2006, con el número CNSFS0022-0623-2005; a partir del día 19 de mayo de 2009, con el número CGEN-S0022-0032-2009; a partir del día 31 de marzo de 2010, con el número CGEN-S0022-0160-2009; a partir del 01 de Abril de 2015, con el número RESP-S0022-0238- 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 CGEN-S0022-0090-2017 y a partir del día 28 de julio de 2017 con el número CGEN-S0022-0108-2017./ CONDUSEF-001324-01.