



Vida y Ahorro

Sigue conquistando metas

Vida Inteligente Exclusive

Condiciones Generales

Índice

	Página		Página
I. Definiciones	5	V. Coberturas adicionales	8
1. Accidente	5	a. Descripción	8
2. Asegurado	5	b. Edades de aceptación	8
3. Beneficiario	5	c. Indemnización de la cobertura	8
4. Cargos de Adquisición	5	d. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	8
5. Cargos de Administración	5	e. Exclusiones	8
6. Compañía	5	f. Terminación de la cobertura	9
7. Contratante	5		
8. Costo del Seguro	5	VI. Procedimientos	9
9. Costo de Rescate	5	1. Del funcionamiento de los fondos	9
10. Endoso	5	a) Continuación Automática	9
11. Enfermedad Preexistente	5	b) Determinación del rendimiento del Valor en Efectivo	9
12. Estrategia de Inversión	6	c) Valor de la Unidad	10
13. Extraprima	6	d) Establecimiento de la Estrategia de Inversión	10
14. Fondo Básico	6	e) Cambios en la oferta de Portafolios Indexados	10
15. Fondo Excedente	6	2. Valor de Rescate	10
16. Invalidez Total y Permanente	6	3. Beneficio fiscal por Supervivencia	10
17. Póliza o Contrato de Seguro	6	4. Retiros	10
18. Portafolio Indexado	6	5. Traspasos	10
19. Prima	7	6. Incrementos no programados de Suma Asegurada	10
20. Pruebas de Asegurabilidad	7	7. Disminución de Suma Asegurada	11
21. Recargo Fijo	7		
22. Rescate	7		
23. Siniestro	7		
24. Suma Asegurada	7		
25. Supervivencia	7		
26. Valor en Efectivo	7		
27. Valor de Unidad	7		
II. Objeto del seguro	7		
III. Leyes aplicables	7		
IV. Descripción del seguro	7		
1. Cobertura Básica	7		
2. Edades de aceptación	8		

VII. Cláusulas generales **11**

1. Designación de Beneficiarios	11
2. Pago de la Prima	11
3. Moneda	12
4. Corrección del Contrato de Seguro	12
5. Indisputabilidad	12
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones	13
7. Notificaciones	13
8. Rehabilitación	13
9. Carencia de Restricciones	13
10. Suicidio	14
11. Comprobación del Siniestro	14
12. Verificación de Edad	14
13. Pago del Seguro	14
14. Intereses Moratorios	14
15. Impuestos	14
16. Prescripción	14
17. Competencia	15
18. Vigencia	15
19. Terminación del Contrato de Seguro	15
20. Revelación de Comisiones	15
21. Entrega de la Póliza	15

VIII. Listado de abreviaturas **16**

IX. Artículos citados **16**

X. Registro **22**

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

Vida Inteligente Exclusive

Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Accidente

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

2. Asegurado

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

3. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización).

4. Cargos de Adquisición

Es el costo relacionado con el pago por la distribución y promoción de este seguro. Este costo se aplica a las Primas pagadas por el Contratante.

5. Cargos de Administración

Se conforma por los cargos que se requieren para cubrir los costos de:

- i) Administración de Pólizas
- ii) Gestión de la inversión de los portafolios

6. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V., denominado en adelante la Compañía, es la institución que, a cambio del Pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en la Carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este.

7. Contratante

Persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro, y que se compromete a realizar

el Pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en este se estipulan.

El Contratante de la Póliza es la única persona facultada para decidir la Estrategia de Inversión, Retiros, Traspasos entre Portafolios Indexados, incrementos o disminuciones de Suma Asegurada, inclusión o exclusión de coberturas adicionales, Rescate de la Póliza y disposición del Valor en Efectivo.

8. Costo del Seguro

Se conforma por los cargos mensuales que se requieren para cubrir los costos de siniestralidad de la cobertura por fallecimiento y de las coberturas adicionales contratadas, de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha del último aniversario de la Póliza más los Cargos de Administración.

9. Costo de Rescate

En cualquier momento el Asegurado podrá retirar totalmente la reserva generada en el Fondo Básico. En caso de retiro total en cualquier momento dentro de los primeros 4 años de vigencia de la póliza se aplicará un porcentaje como costo de rescate sobre el Fondo Básico.

10. Endoso

Documento emitido previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o particulares de la Póliza.

11. Enfermedad Preexistente

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

- a. Haya sido diagnosticada por un médico.
- b. Provoque un gasto.

12. Estrategia de Inversión

El Contratante podrá elegir uno o más Portafolios Indexados que la Compañía ofrece al momento de la contratación del seguro y durante su vigencia para definir su Estrategia de Inversión.

13. Extraprima

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

14. Fondo Básico

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

15. Fondo Excedente

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

16. Invalidez Total y Permanente

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

- a) Para el caso del Asegurado que se encuentre desarrollando una actividad que le genere un ingreso fijo, se entenderá como Invalidez Total y Permanente la pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes de una persona a consecuencia de un Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su ingreso comprobable percibido durante el último año de trabajo por el Asegurado.
- b) Para el caso en que el Asegurado no se encuentre percibiendo un ingreso fijo, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.
- c) La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y

un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de:

- i) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta,
- ii) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
- iii) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.

Aunque la enfermedad o Accidente que provoquen el estado de Invalidez Total y Permanente, pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el Siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado en virtud de su capacidad económica.

17. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, los Endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

18. Portafolio Indexado

Conjunto de instrumentos financieros en los que la(s) unidad(es) será(n) invertida(s).

A cada Portafolio Indexado elegido por el Contratante se le asignará un Valor de Unidad para determinar el valor de la inversión y su rendimiento.

19. Prima

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

- a) **Prima Básica.** Es la cantidad que pagará el Contratante por la Cobertura Básica y por cada una de las coberturas adicionales contratadas, basada en la Suma Asegurada, así como las Extraprimsas que en su caso correspondan, más un Recargo Fijo anual que la Compañía determine.
- b) **Prima Excedente.** Es la cantidad que pagará el Contratante como aportación adicional a la Prima Básica de manera voluntaria y con el objetivo de ahorrar. Cualquier importe pagado por el Contratante a la Compañía en exceso, una vez cubierta la Prima Básica se considerará Prima Excedente.

20. Pruebas de Asegurabilidad

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

21. Recargo Fijo

Es el monto actualizable anualmente en la Prima de seguro que forma parte de los Cargos de Administración de la Póliza.

22. Rescate

El Contratante podrá rescatar su Póliza en cualquier momento mediante un escrito dirigido a la Compañía, teniendo derecho a recibir el Valor en Efectivo menos el Costo por Rescate que corresponda.

23. Siniestro

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

24. Suma Asegurada

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

25. Supervivencia

Se calificará como tal, cuando el Asegurado, al finalizar el plazo establecido, continúe con vida.

26. Valor en Efectivo

Es la suma del Fondo Básico y el Fondo Excedente. El Contratante será quien pueda disponer de forma parcial o total del Valor en Efectivo.

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

27. Valor de Unidad

Es el valor que se le otorga a cada peso Prima para el efecto de realizar la inversión de acuerdo con el Portafolio Indexado elegido por el Contratante en la Estrategia de Inversión.

II. Objeto del seguro

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

III. Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

IV. Descripción del seguro

1. Cobertura Básica

a) Beneficio por Fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, más el valor del Fondo Excedente en una sola exhibición, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

b) Beneficio por Supervivencia

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

La Suma Asegurada, Prima, plazo del seguro y plazo de pago, estarán especificados en la Carátula de la Póliza.

2. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 16 (dieciséis) y 89 (ochenta y nueve) años de edad. Esta cobertura se cancelará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 90 (noventa) años de edad.

V. Coberturas adicionales

En caso de haberse contratado una o más coberturas adicionales con costo y estas se encuentren detalladas en la Carátula de la Póliza o en el Endoso de inclusión, aplicarán las condiciones establecidas en el presente apartado.

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

a. Descripción

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

En el caso de que al Asegurado le sea dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía lo eximirá de los Costos del Seguro hasta el término de la Cobertura Básica **quedando canceladas las otras coberturas adicionales contratadas, al momento de hacer efectiva esta cobertura de exención.**

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

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación son las comprendidas entre 16 (dieciséis) y 64 (sesenta y cuatro) años de edad. Estas coberturas terminarán al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad.

c. Indemnización de la cobertura

Esta cobertura comenzará a surtir efecto en la fecha en que el Asegurado compruebe a la Compañía su estado de Invalidez Total y Permanente dentro de la vigencia de esta cobertura y hasta el término de vigencia de la Póliza.

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

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

d. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia.

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

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

e. Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

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

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe el Asegurado como sujeto activo.**
- c) Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada**

para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.

- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional, relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, y navegación submarina.
- 2) Por los siguientes eventos:
- a) Cualquier intento de Suicidio.
 - b) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
 - c) Lesiones que se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
 - d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - e) Por exposición o radiaciones atómicas o derivados de estas.
 - f) Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.
- 3) Por Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.

f. Terminación de la cobertura

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

- i) Al efectuar el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura.
- ii) Por imposibilidad de realizar el cobro mensual del Costo del Seguro de acuerdo con los procedimientos Funcionamiento del Fondo Básico y Continuación Automática del apartado Procedimientos de estas Condiciones Generales.
- iii) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad.
- iv) A solicitud expresa del Contratante.

VI. Procedimientos

1. Del funcionamiento de los fondos

a) Continuación Automática

En caso de que por cualquier causa se suspenda o se reduzca el pago de Primas la Póliza permanecerá en vigor mientras el valor del Fondo Básico no se agote. Cuando el valor del Fondo Básico sea insuficiente para cubrir el Costo de Seguro, el Contratante acepta que se tomará del Fondo Excedente la cantidad necesaria para cubrir este costo; si el valor del Fondo Excedente no fuera suficiente para pagar el Costo de Seguro, el Contratante contará con el plazo establecido en la cláusula Pago de la Prima de la sección VII. Cláusulas Generales para cubrir el Costo del Seguro antes de su cancelación, sin necesidad de satisfacer ningún requisito de asegurabilidad. Transcurrido dicho plazo, cesarán los efectos del Contrato de Seguro en los términos establecidos en la cláusula Vigencia.

b) Determinación del rendimiento del Valor en Efectivo

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

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

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

c) Valor de la Unidad

La Unidad de cada Portafolio Indexado se actualizará diariamente de acuerdo con el valor del mercado.

El Valor de la Unidad no está garantizado y puede aumentar o disminuir de acuerdo con el valor de mercado de los instrumentos financieros que lo conforman, lo que implica que el rendimiento diario sobre el Valor en Efectivo puede ser negativo o positivo.

Por lo tanto, la Compañía no asume responsabilidad alguna con relación al rendimiento de los valores objeto de la inversión.

d) Establecimiento de la Estrategia de Inversión

En la solicitud de seguro el Contratante determinará la Estrategia de Inversión de acuerdo con las opciones de Portafolios Indexados que ofrezca la Compañía.

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

e) Cambios en la oferta de Portafolios Indexados

En cualquier momento la Compañía podrá ofrecer al Contratante nuevos Portafolios Indexados para integrar los si así lo decide a su Estrategia de Inversión.

Así mismo la Compañía a su entera discreción, en función del comportamiento del mercado de valores, podrá modificar la oferta de Portafolios haciendo cancelaciones de alguna de estas opciones y dando aviso por escrito al Contratante con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación de que se trate.

Dentro de dicho plazo el Contratante deberá informar por escrito a la Compañía la nueva Estrategia de Inversión de cada uno de sus Portafolios Indexados, en caso de no contar con la instrucción antes citada, la Compañía distribuirá de manera proporcional entre los otros fondos indexados el monto del Fondo Indexado a cancelar.

La Compañía, recibida la instrucción de la nueva Estrategia de Inversión presentada por el Contratante, efectuará la devolución del monto que corresponda o la asignación a los Portafolios Indexados de acuerdo con la Estrategia de Inversión solicitada. En el Estado

de Cuenta siguiente a las modificaciones antes citadas, el Contratante podrá verificar la aplicación de sus Portafolios Indexados de acuerdo con las instrucciones recibidas.

2. Valor de Rescate

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

3. Beneficio fiscal por Supervivencia

El Contratante podrá disponer de su Valor en Efectivo libre de retención del Impuesto Sobre la Renta de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Ser persona física.
- b) Ser Contratante y Asegurado en este Contrato de Seguro.
- c) Haber alcanzado la edad de 60 (sesenta) años.
- d) Haber transcurrido al menos 5 (cinco) años desde la fecha de contratación del seguro.

4. Retiros

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante mediante un escrito dirigido a la Compañía o vía los medios que la Compañía ponga a su disposición, previa comprobación de la identidad del Contratante podrá hacer retiros parciales. La Compañía efectuará el retiro del(los) fondo(s) de acuerdo con la instrucción escrita del Contratante. El costo, monto mínimo, máximo y número de Retiros se establece en las reglas de administración de portafolios vigentes de la Compañía, publicadas en la pagina de axa.mx.

5. Traspasos

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar a la Compañía se realicen Traspasos entre los Portafolios Indexados disponibles. El costo, monto mínimo, máximo y número de Traspasos se establece en las reglas de administración de portafolios vigentes de la Compañía, publicadas en la pagina de axa.mx.

6. Incrementos no programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en cualquier momento y la aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos, siempre que el Asegurado no rebase la edad de 89 (ochenta y nueve) años, y no se haya pagado alguna cobertura adicional al Asegurado

En caso de aceptar el incremento, la Prima correspondiente estará en función de la edad que tenga el Asegurado al inicio del aniversario de la Póliza en que se otorgue el incremento y se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El incremento en la Suma Asegurada entrará en vigor una vez que la Prima incluya el aumento correspondiente, lo cual sucederá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de aceptación por parte de la Compañía y se entregará al Asegurado el Endoso correspondiente.

7. Disminución de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones en el importe de la Suma Asegurada de su Póliza, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y estas se soliciten con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago de Prima convenida por las partes.

La nueva Prima se ajustará a la Suma Asegurada solicitada, misma que se calculará de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los pagos de Prima subsecuentes contarán con la disminución solicitada, los pagos efectuados con anterioridad a la solicitud de disminución de Suma Asegurada no serán objeto de reembolso por haberse corrido el riesgo sobre la Suma Asegurada por ese periodo y se entregará al Contratante el Endoso correspondiente.

VII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía a través del Contratante. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal, de acuerdo con el Artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía

a través del Contratante, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la Cobertura Básica y cada cobertura adicional, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, dentro del plazo de pago de la Prima que será de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del periodo de que se trate, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o débito, pago referenciado en bancos (pago en ventanilla del banco, pago en línea por transferencia o cargo a tarjeta bancaria), en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional o extranjero), este se recibirá salvo buen cobro. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor. En los casos de pago de Prima mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito, el Contratante deberá verificar que se realizó el cargo correspondiente, en caso contrario podrá efectuar el Pago de la Prima a través de los medios antes citados.

Las Primas Excedentes pueden ser programadas o aportadas a discreción del Contratante. En caso de aportar a través de tarjeta de crédito, esta aportación se sujetará al monto máximo de aportación mensual establecido en las reglas de administración de portafolios vigentes de la Compañía publicadas en axa.mx. En caso de que el Contratante efectúe aportaciones adicionales, estas permanecerán depositadas en el Valor en Efectivo por un plazo mínimo de 30 (treinta) días naturales, transcurridos los cuales el Contratante podrá solicitar el retiro total o parcial, debiendo solicitarlo por escrito dirigido a la Compañía.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en dólares de los Estados Unidos de América de acuerdo con lo especificado en la Carátula de la Póliza.

El Pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso correspondan será liquidado en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse el pago.

Si la publicación del Diario Oficial de la Federación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes

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

4. Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

La Compañía se obliga a entregar las Condiciones Generales de la Póliza por el medio instruido en la solicitud de seguro. Dichas Condiciones Generales se encuentran disponibles en axa.mx para consulta; en caso de requerir un ejemplar impreso contáctenos al 01-800 900 1292 o acuda a nuestras oficinas.

El Contratante/Asegurado ratifica que se ha enterado del contenido de las Condiciones Generales, restricciones y el alcance de la cobertura que rigen esta Póliza y expresamente declara su conformidad con ellas.

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

***Contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (Unidad Enlace)**

Dirección: Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México.

Teléfono: 01 800 633 9648 para aclaraciones y 01 800 900 1292 para dudas

Página web: axa.mx

O bien,

***Contacte a Condusef**

Dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, C.P. 03100. Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Teléfono: 01 800 999 8080 en el territorio nacional y (55) 5340 0999 en la Ciudad de México

Página web: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

5. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última Rehabilitación, en caso de existir Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en

- a. la solicitud del seguro,
- b. el cuestionario médico o
- c. el resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de Pruebas de Asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 (dos) años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía – mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada–, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como lo(s) conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando estos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los Artículos 8, 9 y 10 de la misma ley.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del

mismo, tal y como lo disponen los Artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito a los domicilios señalados en la Carátula de la Póliza o en su caso al correo electrónico indicado por el Contratante en la solicitud de seguro para la entrega de la documentación contractual. El Contratante deberá notificar por escrito o correo electrónico a la Compañía cualquier cambio de domicilio o correo electrónico, efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las Notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio o correo electrónico, que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

8. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 2 (dos) años de la cancelación y se encuentre dentro de las edades de aceptación del plan. De cualquier forma quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

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

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

9. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación a la residencia o viajes del Asegurado, con excepción de lo expresamente establecido en el apartado de Exclusiones.

10. Suicidio

En caso de fallecimiento por Suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solo pagará el importe del Fondo Básico más el Fondo Excedente que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

11. Comprobación del Siniestro

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

- a. Póliza original, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
- b. Solicitud de reclamación.
- c. Acta de nacimiento del Asegurado si el Beneficiario la tuviera en su poder.
- d. Acta de defunción.
- e. Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar al fallecimiento.
- f. Identificación y comprobante de domicilio del Beneficiario.

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

12. Verificación de Edad

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

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

13. Pago del Seguro

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

El Contratante, Asegurado o, en su caso, el Beneficiario deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor y deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

14. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido dicha documentación en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

15. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de Impuestos, de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

16. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- a. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento.
- b. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Lo anterior en los términos del Artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

17. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien esta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales. Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro:

Contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía (Unidad Enlace)

- Dirección: Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.
- Teléfono: desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1).
- E-mail: axasoluciones@axa.com.mx
- Página web: axa.mx

O bien,

Contacte a Condusef

- Dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, México.
- Teléfono: 01 800 999 8080 en el territorio nacional y (55) 5340 0999 en la Ciudad de México.
- Email: asesoria@condusef.gob.mx
- Página web: www.condusef.gob.mx
Registro electrónico de comentarios:
asesoria@condusef.gob.mx

18. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Carátula de la Póliza y vencerá al terminar el plazo de seguro contratado. La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía en cuanto el Contratante rescate la Póliza, o el Valor en Efectivo sea insuficiente para realizar el cobro mensual del Costo del Seguro, de acuerdo con lo establecido el apartado Continuación Automática de la sección de Procedimientos de estas Condiciones Generales.

19. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguno de los siguientes supuestos:

- a) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- b) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía.
- e) Por la liquidación del valor de Rescate que corresponda.
- f) Por la imposibilidad de realizar el cobro mensual del Costo de Seguro de acuerdo con los procedimientos Funcionamiento del Fondo Básico y Continuación Automática del apartado Procedimientos de estas Condiciones Generales.

20. Revelación de Comisiones

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

21. Entrega de la Póliza

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, Condiciones Generales, Endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación.

Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante desee consultar sus Condiciones Generales podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

*Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación.

*Acudiendo el Contratante a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

VIII. Listado de abreviaturas

Abreviatura Significado

CNSF: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Condusef: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros

Unidad Enlace: Unidad especializada de atención a usuarios

IX. Artículos citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 25

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

Art. 33

La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Art. 47

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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 71

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Art. 76

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

Art. 81

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Art. 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Art. 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Art. 169

Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Art. 171

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

Art. 172

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Art. 174

El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora.

La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

Art. 175

El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de este, por acto entre vivos o por causa de muerte.

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

Si solo se hubiere designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

Art. 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 DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS**Art. 50 Bis**

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.

Art. 65

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

Art. 65

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Art. 66

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

Art. 68

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

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

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

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá

consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

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

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

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

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

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

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

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

acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

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

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Art. 276

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente

para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación

principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, 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.

X. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0048-0358-2019 / CONDUSEF 003923-01.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx