



Respaldo Vital[®]

Experiencia Global

Condiciones Generales



I. Definiciones	3	xvi. Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave	23
II. Objeto del Seguro	6	xvii. Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica	24
III. Leyes Aplicables	6	xviii. Indemnización por Osteoporosis Grave	24
IV. Descripción del Seguro	7	xix. Indemnización por Trasplante	25
1. Características de los Grupos Asegurados	7	xx. Indemnización por Cáncer	26
2. Cobertura Básica	7	xxi. Indemnización por Cáncer de Mama	27
3. Edades de Aceptación	7	xxii. Indemnización por Cáncer de Ovario	28
4. Edad de Renovación	7	xxiii. Indemnización por Cáncer Cervicouterino	29
V. Beneficios incluidos en las Cobertura Básica	8	xxiv. Indemnización por Cáncer Testicular	30
1. Anticipo por Fallecimiento	8	xxv. Indemnización por Cáncer de Próstata	31
2. Anticipo por Enfermedades Terminales (solo aplica para el Grupo Asegurado con Relación Laboral)	8	xxvi. Indemnización por Cáncer de Pulmón	32
VI. Coberturas Adicionales (Con Costo)	10	xxvii. Indemnización por Cáncer Colorrectal	33
1. Indemnización por Gastos Funerarios	10	5. Coberturas Adicionales Estilos de Vida	34
i. Indemnización por Gastos Funerarios para el Asegurado	10	xxviii. Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico	34
ii. Indemnización por Gastos Funerarios para Cónyuge e Hijos	10	xxix. Apoyo por Matrimonio	34
iii. Indemnización por Gastos Funerarios para padres	10	xxx. Apoyo por Divorcio	35
2. Coberturas Adicionales por Accidente	10	xxxi. Apoyo por Nacimiento o Adopción de un Hijo	35
iv. Indemnización por Muerte Accidental (DI)	10	xxxii. Apoyo por Titulación	36
v. Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	11	xxxiii. Apoyo por Conclusión de Bachillerato	36
vi. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)	12	xxxiv. Apoyo por Mudanza	37
3. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente	14	VII. Dividendos	38
vii. Invalidez Total y Permanente (BITP)	14	1. Dividendos por Experiencia Global	38
viii. Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)	14	2. Pago de Dividendos	38
4. Coberturas Adicionales por Desempleo, Cirugías, Hospitalización, Enfermedad o Cáncer	16	VIII. Cláusulas Generales	40
ix. Apoyo económico por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	16	IX. Procedimientos	47
x. Indemnización por Cirugía	18	X. Listado de Abreviaturas	53
xi. Indemnización por Hospitalización a causa de un Accidente	19	XI. Artículos citados	53
xii. Indemnización por Hospitalización a causa de una Enfermedad	20	XII. Registro	54
xiii. Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio	21	Anexo	55
xiv. Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo	21		
xv. Indemnización por Esclerosis Múltiple	22		



I. Definiciones

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

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoca lesiones o la muerte del Asegurado.

2. Accidente Cerebrovascular Agudo

Es la necrosis (muerte) del tejido cerebral debido a una irrigación inadecuada de sangre o a una hemorragia cerebral que resulte en daño neurológico permanente. Se incluyen infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal, trombosis y embolia cerebral.

3. Adopción

Acto jurídico a través del cual se reconoce un parentesco civil entre el adoptante y el adoptado.

4. Asegurado

Persona(s) sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

5. Beneficiario

Persona(s) designada(s) por el Asegurado en el Consentimiento a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro de la indemnización. En caso de no haber designado Beneficiarios en el Consentimiento, se pagará a la sucesión del Asegurado. Para los servicios de asistencia contenidos en la Póliza, el Beneficiario es el Asegurado.

6. Cáncer

Enfermedad caracterizada por el crecimiento incontrolado y desordenado de células del organismo, provocando alteración en su función y en su estructura. La mayoría de ellos se manifiesta con la presencia de tumores malignos.

Estas células anormales pueden invadir y destruir tejidos normales cercanos, diseminándose por la circulación sanguínea o linfática desde el lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejados del lugar donde se inició, a lo que se denomina metástasis.

7. Categoría

El Contratante podrá designar una clasificación para sus Asegurados, en la cual se establecerán las reglas de Suma Asegurada de cada una de estas clasificaciones de carácter general.

8. Certificado Individual

Documento emitido por la Compañía en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto de la Póliza contratada.

9. Cirugía

Procedimiento médico que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante diferentes técnicas y uso de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos practicados en un quirófano de hospital.

10. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V., es la institución que, a cambio del pago de la Prima, se obliga a brindar al (los) Asegurado(s) incluido(s) en la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro y el Certificado Individual, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este.

11. Consentimiento

Documento mediante el cual la persona hace constar su aceptación para su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

12. Contratante

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

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

En caso de que el Contratante sea persona moral, no podrá contratar coberturas para sí mismo.

13. Dependiente Económico

Se entenderán como tal únicamente padres, cónyuge (o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino) e Hijos menores a 26 años que dependan económicamente del Asegurado.

14. Desempleo Involuntario

La terminación de la relación laboral existente entre el Asegurado en su carácter de trabajador y el patrón, siempre y cuando:

- (i) El trabajador (Asegurado) no haya optado por terminar la relación laboral de manera voluntaria,
- (ii) No ocurra alguna de las causales de rescisión previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo, y
- (iii) Hayan transcurrido más de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en la que se dejó de prestar servicios personales subordinados a dicho patrón, sin que el trabajador perciba algún otro ingreso o contraprestación por un trabajo personal subordinado.

15. Dividendo

Es el monto que, al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, se entrega al Contratante o a los Asegurados del Grupo Asegurado de acuerdo con su contribución al pago de la Prima y al inciso a) del apartado Pago de Dividendos, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

16. Divorcio

El acto por el cual se declara legalmente disuelto el Matrimonio, según sea el caso, por cualquier causa y siempre que dicho acto se lleve a cabo dentro de territorio nacional.

17. Domicilio Particular

El inmueble de residencia habitual del Asegurado.

18. Endoso

Documento que por acuerdo entre el Contratante y la Compañía modifica las condiciones generales o particulares del Contrato de Seguro y forma parte de este. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales aplicables en todo aquello que se contraponga.

19. Enfermedad

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un Médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

20. Enfermedad Preexistente

Lesión o padecimiento i) cuyo diagnóstico, haya o no sido declarado por el solicitante; ii) que con el expediente médico o estudios médicos se acredite su existencia o, iii) por el cual se hayan hecho gastos para su atención o tratamiento, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este Contrato de Seguro.

21. Extraprima

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

22. Esclerosis Múltiple

Enfermedad crónica autoinmune que afecta a la mielina (sustancia que rodea y protege a las células nerviosas) o la materia blanca del cerebro y de la médula espinal, provocando la aparición de placas escleróticas (endurecimiento del tejido nervioso) que impiden el funcionamiento normal de las fibras nerviosas.

23. Gastos Funerarios

Todas aquellas erogaciones realizadas por el Asegurado por concepto de servicios funerarios, incluyendo: traslado del cuerpo, capilla, urna/ataúd, trámites legales, sala de velación, arreglo estético del finado, entierro y cremación/inhumación.

24. Grupo Asegurado

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro que cumplen con las características especificadas en la Solicitud y que han dado su Consentimiento para ser Asegurados en esta Póliza.

25. Hijos

Aquellas personas que tengan un parentesco por consanguinidad en línea recta descendente con el Asegurado, que hayan sido reconocidos como tales conforme a las formalidades previstas por la legislación aplicable y que, a la fecha de contratación o renovación de este Beneficio, sean menores de 26(veintiséis) años cumplidos, no perciban remuneración por trabajo personal alguno y que vivan en el Domicilio del Asegurado.

26. Hospitalización

La estadía del Asegurado en un hospital o sanatorio ya sea por tratamiento u observación médicamente necesaria que derive de algún Accidente o Enfermedad.

27. Incapacidad Total Temporal

Pérdida de facultades o aptitudes, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, que imposibilite totalmente al Asegurado para desempeñar su trabajo por un periodo mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la ocurrencia de dicho Accidente o Enfermedad y que necesariamente conlleve el internamiento del Asegurado en un hospital o la imposibilidad de salir de su domicilio, de acuerdo con la prescripción del médico tratante especialista en la medicina del trabajo.

28. Infarto Agudo al Miocardio

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

29. Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedad progresiva e irreversible que se prolonga por meses o años como consecuencia de daño de la función renal (riñón(es)).

Dicha Enfermedad adquiere el carácter de Grave cuando existe una pérdida de más del 50% (cincuenta por ciento) de la función renal normal en adultos, con presencia de daño renal grave e irreversible y manifestaciones clínicas durante más de 3 (tres) meses que requieren de tratamiento médico, diálisis o Trasplante renal.

30. Insuficiencia Respiratoria

Incapacidad del aparato respiratorio en su función de intercambio de gases (oxigenación de la sangre y eliminación de anhídrido carbónico) necesaria para la actividad celular del organismo.

Dicha Enfermedad adquiere el carácter de Crónica cuando ocurre de forma progresiva y no completamente reversible.

31. Matrimonio

El contrato por medio del cual dos personas se unen libremente para realizar una comunidad de vida y procurarse respeto, igualdad y ayuda mutua, celebrado ante un funcionario competente, en territorio nacional y con las formalidades requeridas por la legislación aplicable.

32. Mudanza

El cambio del lugar de residencia del Asegurado, incluyendo el traslado de los bienes muebles en su posesión de un inmueble a otro, con motivo del cambio de Domicilio Particular.

33. Nacimiento

Culminación del embarazo hasta el desprendimiento del producto de la gestación del seno materno, habiendo vivido este al menos 24 (veinticuatro) horas o presentado vivo al registro civil competente.

34. Osteoporosis

Enfermedad crónica generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida progresiva de masa ósea, siendo esta pérdida superior a la natural generada por la edad y el género, así como deterioro de la microarquitectura del hueso. La Osteoporosis puede afectar a todo el esqueleto o solo a ciertos huesos. Dicha Enfermedad adquiere el carácter de Grave cuando la Densidad de Masa Ósea (DMO) es inferior a -2,5 gramos de mineral por cm² en la escala T, acompañada de fracturas.

35. Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

- a) La pérdida de una mano, su anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- b) La pérdida de un pie, su anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.
- c) La pérdida de los dedos, la anquilosis o separación completa de cuando menos dos falanges de la misma mano.
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

36. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir para acceder a los beneficios o indemnizaciones sujetos a dicho Periodo, según lo estipulado en cada cobertura.

37. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurados como son la carátula de la Póliza, la Relación de Integrantes, Certificados Individuales, las condiciones generales, sus Endosos y en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

38. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección a los Asegurados, basado en la Suma Asegurada, edad cumplida de los Asegurados al momento de la contratación y las coberturas contratadas.

39. Relación de Integrantes

Es el registro de Asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

40. Trasplante

Es la sustitución de un órgano mayor o tejido enfermo por uno sano, transfiriéndolo desde un donante (vivo o cadavérico) a un receptor-persona enferma que sufre un daño irreversible en el órgano o tejido en cuestión, siendo el Trasplante la única solución para preservar su salud, vigor vital y calidad de vida.

41. Salario Base

Aquel que percibe el Asegurado de manera diaria, semanal, quincenal o mensual a cargo del Contratante; sin incluir gratificaciones, percepciones extraordinarias, alimentación, habitación, Primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo.

42. Siniestro

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

43. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el (los) Asegurado (s) estará (n) protegido (s) por la(s) cobertura(s) contratada(s), incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado Individual o Relación de Asegurados correspondiente.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante y no tendrán efectos retroactivos.

44. Suma Asegurada Máxima

Es el límite máximo de Suma Asegurada que la Compañía podrá pactar con el Contratante sin la aplicación de una evaluación médica o selección de riesgos previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a esta máxima, la Compañía podrá solicitar pruebas de asegurabilidad, tales como cuestionarios médicos, de ocupación, exámenes médicos y cualquiera otra que la Compañía considere necesaria para la selección del riesgo.

45. Titulación

La obtención de un título académico de nivel licenciatura, maestría o doctorado con reconocimiento de validez oficial por la autoridad competente, emitido por una institución educativa legalmente constituida y autorizada para tales efectos en territorio nacional.

46. UMA

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



II. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la Relación de Integrantes de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro, de acuerdo con la Categoría de los Asegurados, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este Contrato, sujeto a las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

La Compañía cubrirá los Siniestros reclamados, por la cobertura básica y las coberturas y beneficios adicionales, sujeto a:

- i. Que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza y Certificado Individual
- ii. La Póliza y Certificado Individual se encuentren vigentes a la fecha del Siniestro
- iii. Se trate de los riesgos amparados y se cumplan las condiciones de cobertura en cada caso
- iv. El evento no se encuentre excluido



III. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se registrará por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, Código de Comercio y demás normas de la República Mexicana vigentes y aplicables.



IV. Descripción del Seguro

1. Características de los Grupos Asegurados

a) Con Relación Laboral

Se refiere a los casos donde los Asegurados del Grupo mantienen una relación de trabajo con el Contratante y su objeto es garantizar prestaciones u obligaciones laborales con los Asegurados.

La Prima es pagada total y únicamente por el Contratante. La Compañía y el Contratante pueden pactar Dividendos. La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, a los Asegurados que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que esta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

b) Sin Relación Laboral

Se refiere al caso donde los Asegurados del Grupo mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la contratación de la Póliza y que cumplan con alguno de los siguientes supuestos:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación de la Póliza.
3. Personas que aun teniendo un contrato laboral con el Contratante este seguro no forma parte de una prestación laboral; por lo que se adhieren a este Contrato de Seguro de forma voluntaria quedando a su cargo el pago de la Prima.

Además, los Asegurados de cada uno de estos Grupos Asegurados deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Haber otorgado su Consentimiento escrito para ser Asegurado, en los formatos proporcionados por la Compañía.
- b) Aparecer inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.

Las personas que a la fecha de celebración de la Póliza no se encuentren en servicio activo por cursar con incapacidad o invalidez temporal, **gozarán de las coberturas que el Contratante elija, condicionado a que el Siniestro que en su caso sobrevenga dentro de la vigencia de esta Póliza, no tenga su causa, origen o no sea consecuencia directa de hechos, padecimientos, enfermedades o accidentes por los cuales el Asegurado haya estado incapacitado o invalido.**

2. Cobertura Básica

Cobertura por Fallecimiento

Si ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3. Edades de Aceptación

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la carátula de póliza como edad máxima.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y la máxima hasta 70 (setenta) años.

4. Edad de Renovación

Hasta 99 (noventa y nueve) años.



V. Beneficios incluidos en las Cobertura Básica

1. Anticipo por Fallecimiento

El Beneficiario podrá solicitar a la Compañía un anticipo del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, sin que exceda el equivalente a 2 (dos) veces el valor anual de la UMA al momento del Sinistro.

Este beneficio está sujeto a:

- a) Que hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de:
 1. La expedición de la Póliza.
 2. Su última rehabilitación.
 3. La contratación de incremento de la Suma Asegurada.
- b) Presentar la solicitud por escrito y los requisitos indicados en el anexo de estas condiciones generales.

Al solicitar el pago de este beneficio el Beneficiario autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada pagadera; por tanto, la Compañía deducirá del total de la Suma Asegurada, el anticipo pagado y el remanente será cubierto al Beneficiario una vez que presente el resto de la documentación complementaria a la Compañía por la reclamación de la cobertura de fallecimiento.

El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del pago del remanente de la Suma Asegurada de la cobertura por Fallecimiento, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración de la documentación complementaria de la reclamación para esa cobertura.

En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago se hará a aquel que haya solicitado primero el anticipo, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea igual o mayor al importe del anticipo.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales (solo aplica para el Grupo Asegurado con Relación Laboral)

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago de un anticipo del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, sin que exceda el equivalente a 2 (dos) veces el valor anual de la UMA vigente al momento del diagnóstico, si es diagnosticado con alguna Enfermedad Terminal como las aquí citadas y cumpla con las características que a continuación se detallan.

Entiéndase como Enfermedad Terminal cuando sea progresiva e incurable con un pronóstico de vida no mayor a 12 meses y sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad.

Para comprobar la Enfermedad Terminal, el Asegurado deberá presentar los requisitos contenidos en el anexo.

a) Infarto al Miocardio

Procederá el pago del anticipo cuando el Asegurado presente un Infarto Agudo al Miocardio que haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

Procederá el pago del anticipo si el Asegurado presenta dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias, (incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho), y haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c) Accidente Vascular Cerebral

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

d) Cáncer

Procederá el pago del anticipo si el Asegurado es diagnosticado con algún tipo de Cáncer. Además de lo señalado en la definición, se incluyen linfomas y la Enfermedad de Hodgkin, ambas en su forma diseminada, y leucemias de cualquier tipo.

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

e) Insuficiencia Renal

Procederá el pago del anticipo si el Asegurado es diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar solo una de las Enfermedades aquí listadas por única ocasión.

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

- a) En caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- b) Que haya transcurrido un Periodo de Espera de al menos 3 (tres) meses a partir del inicio de vigencia de la Póliza o alta del Asegurado a la Póliza, lo que ocurra al último a la fecha en que se cumplan las condiciones de Enfermedad Terminal.

La Compañía podrá solicitar al Asegurado 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 de este, en este caso, el Asegurado deberá presentar absoluta colaboración con la Compañía.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia del Siniestro, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la Cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales no implica la aceptación y procedencia del pago del remanente de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación para esa cobertura.

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

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



VI. Coberturas Adicionales (Con Costo)

Las siguientes coberturas serán incluidas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Al contratarse se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza, Relación de Asegurados y Certificados Individuales o Endosos correspondientes.

1. Indemnización por Gastos Funerarios

i. Indemnización por Gastos Funerarios para el Asegurado

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado la Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Edades de Aceptación

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y la máxima hasta 70 (setenta) años.

Edad de Renovación

Hasta 99 (noventa y nueve) años

ii. Indemnización por Gastos Funerarios para Cónyuge e Hijos

Al ocurrir el fallecimiento de alguno de los Dependientes Económicos cónyuge (o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino) e Hijos menores a 26 años que dependan económicamente del Asegurado, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En el caso de Hijos de hasta 12 años, la indemnización será del 50% de la Suma Asegurada contratada, con un máximo de \$50,000(cincuenta mil pesos).

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para los Dependientes Económicos establecidas por la Compañía son:

- Cónyuge (o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino) 18 (dieciocho) años como mínimo y hasta 70 (setenta) años.
- Hijos desde recién nacido hasta los 25 (veinticinco) años.

Edad de Renovación

- Cónyuge (o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino) 99 (noventa y nueve) años
- Hijos 25 (veinticinco) años.

iii. Indemnización por Gastos Funerarios para padres

Al ocurrir el fallecimiento de alguno de los Dependientes Económicos padres, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada.

Edades de Aceptación padres

18 (dieciocho) años como mínimo y la máxima hasta 70 (setenta) años.

Edad de Renovación padres

Hasta 99 (noventa y nueve) años.

2. Coberturas Adicionales por Accidente

Al ser adquiridas por el Contratante, su gestión e indemnización es adicional e independiente de la cobertura básica.

iv. Indemnización por Muerte Accidental (DI)

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado haya ocurrido por Accidente o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de este.

v. Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)

En caso de que el Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará la indemnización correspondiente al porcentaje de la Suma Asegurada que se señala en la tabla siguiente:

Pérdida de:		Porcentaje de indemnización
 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A	Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
	Una mano y un pie	100%
	Una mano 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%

Pérdida de:		Porcentaje de indemnización
 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA B	Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
	Una mano y un pie	100%
	Una mano o un pie, junto con la vista de un ojo	100%
	Una mano o un pie	50%
	La vista de un ojo	30%
	Un dedo pulgar, a partir de la primera falange	15%
	Un dedo índice	10%
	Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	30%
	Tres dedos de una mano comprendiendo el pulgar y el índice	30%
	Tres dedos de una mano que no sean el pulgar o el índice	25%
	El pulgar y otro dedo de una mano que no sea el índice	25%
	La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
	El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20%
	Acortamiento de por lo menos 5cm de una extremidad inferior	15%
	El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Cualquier pérdida de miembro no especificada en la tabla no estará cubierta.		

La escala aplicable será a elegida por el Contratante al momento de la celebración del contrato y se indicará en la carátula de la Póliza.

En caso de que el Asegurado sufra varias Pérdidas Orgánicas en un mismo Siniestro, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía reduce en la misma proporción la Suma Asegurada para el Asegurado afectado, por lo que para Siniestros posteriores la obligación de la Compañía solo corresponde al remanente de Suma Asegurada, hasta agotarse.

La indemnización correspondiente se efectuará al propio Asegurado. En caso de que fallezca sin haber recibido el pago, la Suma Asegurada se pagará a los Beneficiarios.

La Compañía tiene derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

vi. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de:

- a) Un Accidente en transporte al viajar como pasajero, siempre y cuando el transporte sea considerado servicio público no aéreo y cumpla con: licencia para transportar pasajeros, operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Un Accidente estando dentro de un ascensor público. Quedan excluidos los ascensores industriales y de minas.
- c) Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

Indemnización Máxima

En caso de que haber contratado varias de estas coberturas por Accidente y que, con motivo de este, el Asegurado sufra varios de los riesgos amparados, la Compañía indemnizará cada una de ellas.

Si dentro de los 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente que originó la indemnización por la Pérdida Orgánica, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, solamente se cubrirá el monto de la Suma Asegurada restante, una vez disminuida la indemnización cubierta por Pérdida Orgánica.

Si en el Accidente el Asegurado sufre Pérdidas Orgánicas y de manera inmediata sobreviene la muerte, solo se pagarán las indemnizaciones por la muerte.

Edades de Aceptación para las coberturas adicionales por Accidente

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la Carátula de Póliza.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la Carátula de Póliza.

Edad de Renovación

69 (sesenta y nueve) años.

Estas coberturas adicionales no se renovarán al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago y agotado la Suma Asegurada de alguna de las indemnizaciones cubiertas.

Exclusiones particulares de las coberturas adicionales por Accidente.

Esta Póliza no cubre:

1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

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

2. Por los siguientes eventos:

- a) Enfermedad física o mental.**
- b) Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- d) Muerte accidental o pérdidas orgánicas que se provoque el Asegurado, estando bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas, o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- e) Muerte accidental o pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado estando al momento del Accidente bajo el influjo de cualquier tipo de drogas, enervantes, estimulante o sustancia similar, incluso si estos fueron prescritos por un médico.**
- f) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- g) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**

3. Muerte accidental o pérdidas orgánicas que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. En la cobertura de Muerte Accidental Colectiva no se cubre el fallecimiento ocurrido en viajes aéreos privados.

3. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

En caso que el Asegurado sufra una Invalidez Total y Permanente, de acuerdo con la definición siguiente, la Compañía otorgará el beneficio elegido por el Contratante para esta cobertura.

Definición de Invalidez Total y Permanente:

1. Para Asegurados que perciba un **Salario o se encuentren inscritos en alguna institución de seguridad social, 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 ocurrido durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración comprobable superior al 50% (cincuenta por ciento) del promedio que percibía durante el último año calendario anterior al Siniestro.
2. Para Asegurados que a la fecha del Siniestro no se encuentren percibiendo un salario o, **no estén inscritos en alguna institución de seguridad social**, se considerará la Invalidez Total y Permanente, a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, de manera constante e ininterrumpida por al menos tres meses, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado, con un diagnóstico de persistencia de tal pérdida por el resto de su vida.
3. Para los Asegurados que sufran la pérdida absoluta e irreparable como consecuencia de un Accidente o Enfermedad de la vista en 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 juntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie juntamente con la vista de un ojo.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente de un Asegurado que esté inscrito en una institución de seguridad social, el Asegurado deberá presentar a la Compañía el dictamen que emita dicha institución de acuerdo con Ley que aplique y los requisitos indicados en el anexo de estas condiciones generales.

La indemnización correspondiente se efectuará al propio Asegurado. En caso de que el Asegurado fallezca sin haber recibido el pago de esta cobertura, el importe de la Suma Asegurada contratada se pagará a los Beneficiarios.

Para Asegurados que no estén inscritos en alguna institución de seguridad social, deberán presentar el dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia que causa dicho estado, el cual debe satisfacer los requisitos de la definición anterior, además de los requisitos indicados en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez dentro del periodo de tres meses que se refiere la definición, no procederá el pago de las coberturas por Invalidez Total y Permanente que hubieran sido contratadas.

No aplicará este periodo para comprobar la Invalidez Total y Permanente para los supuestos establecidos en el numeral 3 de la Definición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la reclamación, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje conforme a la Cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

El Contratante podrá elegir alguna de las siguientes opciones:

vii. Invalidez Total y Permanente (BITP)

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente, si la causa de Invalidez Total y Permanente es un Accidente o Enfermedad.

viii. Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

La Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Certificado Individual del Asegurado afectado por Invalidez Total y Permanente. La Compañía le proporcionará al Asegurado una Póliza de seguro con cobertura por fallecimiento donde hace constar que lo asegura durante toda la vida sin más pago de Primas, por la misma Suma Asegurada al momento de invalidarse.

Edades de Aceptación para las coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

15 (quince) años como mínimo y lo que se expresa en la carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación

En caso de que el Asegurado sea menor de edad, los padres o tutores de este deberán otorgar su Consentimiento personal al seguro, en caso contrario, el contrato a su favor será nulo.

Edad de Renovación

Hasta los 65 (sesenta y cinco) años o la expresada en el Endoso correspondiente

Estas coberturas adicionales no se renovarán para el Asegurado afectado al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas.

Exclusiones particulares coberturas adicionales por 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 en los que participe activamente el Asegurado.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) Carreras y pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2. Por los siguientes eventos:

- a) Cualquier intento de suicidio.**
- b) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- c) Lesiones que se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas, o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- e) Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.**

3. Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. **Por Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza. Esta exclusión no aplicará si el Asegurado cuenta con antigüedad continua de por lo menos 1 año en la Compañía o en cualquier otra institución de seguros autorizada y haya tenido contratada una cobertura similar.**
5. **Por dictamen de Invalidez Total y Permanente, que establezca el estado de Invalidez Total y Permanente o causa de su origen, con anterioridad a la celebración del presente Contrato.**

4. Coberturas Adicionales por Desempleo, Cirugías, Hospitalización, Enfermedad o Cáncer

ix. Apoyo económico por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal

La Compañía pagará al Asegurado por una sola ocasión la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, ante la pérdida de ingresos por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

En caso de que sea procedente el pago de la indemnización de la cobertura básica por Fallecimiento o la cobertura por Invalidez Total Permanente, esta cobertura dejará de tener validez.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, contado a partir de la fecha de su contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la terminación de la relación laboral.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la ocurrencia del Desempleo Involuntario o la Incapacidad Total Temporal mediante la entrega de la documentación indicada en el anexo de estas condiciones generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones particulares. La indemnización por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal queda excluida por:

1. **Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
2. **Prestar servicios personales subordinados o desempeñar de manera independiente una profesión o actividad empresarial, de manera predominante fuera de territorio nacional.**
3. **Si la Compañía ha indemnizado al Asegurado por una de las causas de pérdida de ingresos previstas en esta Cobertura (Desempleo Involuntario o Invalidez Total Temporal), este no tendrá derecho a ser indemnizado por la otra causa.**

Exclusiones específicas para Desempleo Involuntario

- 1. El Asegurado termina la relación laboral de manera voluntaria.**
- 2. El Asegurado alcanza la edad de jubilación prevista por la legislación aplicable o conforme a su contrato de trabajo y derivado de ello, la relación laboral se da por terminada.**
- 3. El patrón termine la relación laboral como consecuencia de programas o medidas anunciadas (recorte de personal) antes de la fecha de contratación de esta cobertura.**
- 4. La relación laboral termina por expiración del tiempo convenido y/o la finalización de la obra o servicio acordado con el patrón.**
- 5. Cuando el contrato sea por honorarios.**
- 6. Ocurre cualquiera de las causales de rescisión previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo o su equivalente en futuras y otras regulaciones en materia laboral.**
- 7. Si el Asegurado es considerado como profesionista independiente o persona con actividad empresarial que reciba como contraprestación por sus servicios el pago de honorarios.**

Exclusiones específicas por Incapacidad Total Temporal

- 1. Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.**
- 2. La participación directa del Asegurado en:**
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección**
 - Actos delictivos como sujeto activo.**
 - Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros.**
 - Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
 - Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo**
- 3. Maternidad y sus complicaciones.**
- 4. La utilización de métodos y tratamientos para el control de natalidad.**
- 5. Ser declarado con Incapacidad Total y Permanente.**
- 6. Los siguientes eventos:**
 - Cualquier intento de suicidio;**
 - Mutilación voluntaria o Lesiones que se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o cualquier otra sustancia similar, incluso si dichas sustancias fueron prescritas por un médico;**
 - Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza por inhalación de gases, excepto que sea de forma accidental;**

- **Exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas; y**
- **Lesiones provocadas en estado de enajenación mental.**

7. Dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Incapacidad Total Temporal, con anterioridad a la vigencia del Certificado Individual.

8. Tratarse de Asegurado que tenga el carácter de empleado o trabajador conforme a la legislación aplicable.

x. Indemnización por Cirugía

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en el caso de que por prescripción médica requiera alguna de las cirugías señaladas a continuación, como consecuencia de una Enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual y sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Esta cobertura está limitada a un solo evento durante la vigencia del Certificado Individual y aplica únicamente para las siguientes Cirugías:

1. Amigdalectomía (Extirpación quirúrgica de amígdala (anguina(s)).
2. Apendicectomía abierta o laparoscópica (Extirpación quirúrgica de apéndice).
3. Colectomía abierta o laparoscópica (Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar).
4. Ooforectomía abierta o laparoscópica (Extirpación quirúrgica de un ovario o ambos).
5. Hernioplastia abierta o laparoscópica (Extirpación quirúrgica para la reparación de una hernia (defecto en la pared muscular)).
6. Prostatectomía abierta o Resección transuretral de próstata (Extirpación quirúrgica de la próstata).
7. Histerectomía total abierta o laparoscópica (Extirpación quirúrgica del útero (matriz)).
8. Vagotomía (Extirpación quirúrgica del nervio vago), y/o Antrectomía (Extirpación quirúrgica del antro del estómago (parte inferior del estómago)), Píloroplastia (Reparación quirúrgica del píloro).
9. Colostomía (Procedimiento quirúrgico en el que se conecta el intestino grueso al exterior a través de un orificio en la pared abdominal).
10. Orquiectomía (Extirpación quirúrgica de testículo(s)).

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del Seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha de diagnóstico de la Enfermedad que motivó la Cirugía.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado deberá comprobar a la Compañía la necesidad de la cirugía a través de los documentos mencionados en el anexo de estas condiciones generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

Edad máxima 65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares. La indemnización por Cirugía queda excluida por:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cirugías derivadas de un Accidente.**
- 3. Cirugías distintas a las señaladas en esta cobertura.**
- 4. Cirugías derivadas de Enfermedad Preexistente.**

xi. Indemnización por Hospitalización a causa de un Accidente

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que requiera de una Hospitalización por más de 48(cuarenta y ocho) horas para diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado y el momento del Accidente.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Edades de aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares. La indemnización de Hospitalización a causa de un Accidente queda excluida por:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Accidentes derivados de la participación del Asegurado en Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- 3. Accidentes derivados de Actos delictivos en los que participe activamente el Asegurado.**
- 4. Accidentes derivados de la adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos o cualquier otra sustancia similar.**
- 5. El intento de suicidio, lesiones que se provoque el Asegurado, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 6. Hospitalización a consecuencia de una Enfermedad, por maternidad o legrados, con independencia de la causa.**
- 7. Hospitalización por complicaciones, tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético.**
- 8. Tratamientos con fines preventivos.**

xii. Indemnización por Hospitalización a causa de una Enfermedad

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que requiera de una Hospitalización por más de 48(cuarenta y ocho) para diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico a causa de una Enfermedad durante la vigencia del Certificado Individual y sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Este Periodo de Espera deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares. La indemnización de Hospitalización a causa de una Enfermedad queda excluida por:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Hospitalización a causa de Accidente.**
- 3. Maternidad o legados con independencia de la causa.**
- 4. Complicaciones, tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético.**
- 5. Tratamientos con fines preventivos.**
- 6. Enfermedad derivada de la adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos o cualquier otra sustancia similar.**
- 7. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta Enfermedad.**
- 8. El intento de suicidio, lesiones que se provoque el Asegurado, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 9. Enfermedades Preexistentes.**

xiii. Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión la Suma Asegurada contratada en caso de que sufra un Infarto Agudo al Miocardio dentro de la vigencia del Certificado Individual, que haya requerido Hospitalización en unidad coronaria o de cuidados intensivos o una intervención coronaria. Sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de un Infarto Agudo al Miocardio antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado de acuerdo con la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación.

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Infarto Agudo al Miocardio:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Síndrome Coronario Agudo que no sea motivado por necrosis (muerte) del músculo cardíaco (miocardio) con daño permanente.**
- 3. Enfermedad coronaria preexistente.**

xiv. Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sufra un Accidente Cerebrovascular Agudo dentro de la vigencia del Certificado Individual, que haya requerido Hospitalización por más de 24 (veinticuatro) horas y presente sintomatología y secuelas que persistan durante más de 3 (tres) semanas dentro de la vigencia. Sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de un Accidente Cerebrovascular Agudo antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Agudo mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado de acuerdo con la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de la indemnización de Accidente Cerebrovascular Agudo:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Accidente Cerebrovascular isquémico transitorio.**
- 3. Enfermedad cerebrovascular preexistente.**

xv. Indemnización por Esclerosis Múltiple

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Esclerosis Múltiple.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de la Esclerosis Múltiple cubierta antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Esclerosis Múltiple Progresiva Primaria o Esclerosis Múltiple Progresiva Recidivante mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Esclerosis Múltiple:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Esclerosis Múltiple que se encuentre en una etapa distinta o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Enfermedad desmielinizante Preexistente.**

xvi. Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave

La Compañía pagará, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de que el Asegurado sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Insuficiencia Renal Crónica Grave, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de la Insuficiencia Renal Crónica Grave antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Grave mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura, la Insuficiencia Renal Crónica Grave deberá cumplir con la clasificación siguiente:

- Estadio 4, TFG^{*} (tasa de filtración glomerular) entre 29 y 15 mL/min/1.73 m².
- Estadio 5, TFG^{*} (tasa de filtración glomerular) menor a 15 mL/min/1.73 m².

* Clasificaciones de acuerdo con la definición KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcome*) y para estimar la Tasa de Filtración Glomerular de acuerdo con la ecuación MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*).

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Insuficiencia Renal Crónica Grave:

1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.
2. Insuficiencia Renal Crónica que se encuentre en una etapa distinta o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.
3. Enfermedad Renal Crónica Grave Preexistente.

xvii. Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Insuficiencia Respiratoria Crónica provocada por el desarrollo de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o por Enfermedades Pulmonares Intersticiales Crónicas cuando la presión arterial de oxígeno (PaO2) es menor de 60 mmHG con o sin aumento de la presión arterial del dióxido de carbono (PaCO2) más la presencia de mecanismos compensatorios dentro de la vigencia, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de la Insuficiencia Respiratoria Crónica antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la Carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Crónica mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Insuficiencia Respiratoria Crónica:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Insuficiencia Respiratoria Crónica que se encuentre en una etapa distinta o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Enfermedad Pulmonar Crónica Preexistente.**

xviii. Indemnización por Osteoporosis Grave

La Compañía pagará, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera vez y dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Osteoporosis Grave de la cadera, pelvis, columna vertebral o muñeca(s), sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado deberá comprobar a la Compañía el diagnóstico de Osteoporosis Grave mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la Carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Osteoporosis Grave:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Osteoporosis que se encuentre en una etapa distinta o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Enfermedad Osteoporótica Preexistente.**

xix. Indemnización por Trasplante

La Compañía pagará al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de dentro de la vigencia del Certificado Individual requiera como receptor por primera vez un Trasplante de un Órgano mayor o Tejido cubierto, siempre que se cumpla con los protocolos y marco regulatorio vigente para tal efecto, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Para efectos de esta cobertura solo se amparan los siguientes Trasplantes:

- Órganos Mayores: corazón total, pulmón, hígado, riñón y páncreas.
- Tejido: Médula Ósea.

En caso de que el Asegurado fallezca por causa de un Trasplante cubierto antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía la necesidad de un Trasplante mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Trasplante:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cualquier Trasplante de órgano o tejido distinto a los previstos en esta Cobertura.**
- 3. Autotrasplantes, es decir, aquellos Trasplantes en que la misma persona es donador y receptor.**
- 4. Xenotrasplantes, es decir, aquellos Trasplantes de órganos o tejidos desde un donante animal a un humano receptor.**
- 5. Trasplantes derivados de una Enfermedad Preexistente.**

xx. Indemnización por Cáncer

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con algún tipo de Cáncer cubierto en Etapa de Metástasis y en Etapa Terminal, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Para efectos de esta cobertura se considera:

- a) Etapa Terminal cuando se determine el Cáncer como progresivo e incurable, con un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, siempre que los primeros síntomas y/o signos o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, lo que suceda primero, se hayan manifestado después del Periodo de Espera.
- b) Etapa de metástasis se determinará con base en la información médica para los casos en estadio IV y/o en la clasificación TNM ((cualquier T, cualquier N y M1) de la *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*.)

En caso de que el Asegurado fallezca por Cáncer antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer en Etapa de Metástasis y en Etapa Terminal mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos

Exclusiones particulares de indemnización por Cáncer:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis y fase terminal.**
- 3. Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios excepto melanoma maligno metastásico y en Etapa terminal.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxi. Indemnización por Cáncer de Mama

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer de Mama a la Enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

La Compañía pagará a la Asegurada, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Mama en Etapa de Metástasis.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer de Mama deberá estar clasificado en Estadio IV, cualquier T, cualquier N y M1 de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación (estadificación y agrupación) TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC).

En caso de que la Asegurada fallezca por Cáncer de Mama antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios para la cobertura básica.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para la Asegurada desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

La Asegurada o sus Beneficiarios, según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Mama en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer de Mama:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer de Mama que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea de Mama de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxii. Indemnización por Cáncer de Ovario

La Compañía pagará a la Asegurada, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Ovario en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer de Ovario es la multiplicación acelerada y descontrolada de un grupo de células malignas del epitelio del ovario o de otros tejidos dentro del ovario y que tiene la capacidad de diseminarse.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer de Ovario, deberá estar clasificado en Estadio IV, cualquier T, cualquier N y M1 de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación de categorías TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y de estadios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

En caso de que la Asegurada fallezca por Cáncer de Ovario antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para la Asegurada desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

La Asegurada o sus Beneficiarios, según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Ovario en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer de Ovario:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer de Ovario que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea de ovario de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxiii. Indemnización por Cáncer Cervicouterino

La Compañía pagará a la Asegurada, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual con Cáncer Cervicouterino en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer Cervicouterino es una tumoración maligna que se origina por una alteración celular en el cuello del útero (matriz) con posibilidad de evolución lenta y progresiva hacia diferentes etapas de gravedad y extensión al cuerpo uterino y a estructuras cercanas a la región pélvica.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer Cervicouterino deberá estar clasificado en Estadío IVB, cualquier T, cualquier N y M1 de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación de categorías TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y de estadíos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

En caso de que la Asegurada fallezca por Cáncer Cervicouterino antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para la Asegurada desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

La Asegurada o sus Beneficiarios, según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer Cervicouterino:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer Cervicouterino que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta Cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea Cervicouterino de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxiv. Indemnización por Cáncer Testicular

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual con Cáncer Testicular en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer Testicular es una tumoración maligna que se origina en los diferentes tipos de células de los testículos con posibilidad de evolución lenta y progresiva hacia diferentes etapas de gravedad y extensión a estructuras cercanas, a la región pélvica y metástasis a otras partes del organismo.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer Testicular deberá estar clasificado en Etapa IIIC, cualquier T, cualquier N, M1a,M1b cualquier S de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación TNM y S (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor y S marcadores tumorales séricos) para Cáncer de testículo de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) (UICC, 2002, sexta edición) y agrupación por etapas.

En caso de que el Asegurado fallezca por Cáncer Testicular antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Testicular en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer Testicular:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer Testicular que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea Testicular de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxv. Indemnización por Cáncer de Próstata

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual con Cáncer de Próstata en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer de Próstata es una tumoración maligna que se origina en las células glandulares de la próstata con posibilidad de evolución lenta y progresiva hacia diferentes etapas de gravedad y extensión a estructuras cercanas, a la región pélvica y metástasis a otras partes del organismo.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer de Próstata deberá estar clasificado en Grupo IV, cualquier T, cualquier N, pM1, cualquier Gleason de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) del Cáncer de Próstata de la *American Joint Committee on Cancer (AJCC) 7ª*. Edición, Estadio anatomopatológico / grupos pronósticos.

En caso de que el Asegurado fallezca por Cáncer de Próstata antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Próstata en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer de Próstata:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer de Próstata que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta Cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea de Próstata de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxvi. Indemnización por Cáncer de Pulmón

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con cáncer de Pulmón en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer de pulmón es el crecimiento anormal y desordenado de células malignas del tejido pulmonar y que tiene la capacidad de diseminarse.

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer de Pulmón deberá estar clasificado en Estadio IV, cualquier T, cualquier N, M1, a, b de acuerdo con la clasificación de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y el Comité Internacional de Estadificación.

En caso de que el Asegurado fallezca por Cáncer de Pulmón antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios, según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Pulmón en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer de Pulmón:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer de Pulmón que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta Cobertura.**
- 3. Cáncer en cualquier otra localización que no sea de Pulmón de acuerdo con esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

xxvii. Indemnización por Cáncer Colorrectal

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer Colorrectal en Etapa de Metástasis, sujeto a cumplir el Periodo de Espera.

Cáncer Colorrectal es el crecimiento anormal y desordenado de células malignas de la última porción del tubo digestivo o intestino grueso que está compuesto por el colon y el recto y que tiene la capacidad de diseminarse

Para establecer la procedencia de esta Cobertura el Cáncer Colorrectal deberá estar clasificado en Etapa IV A, cualquier T, cualquier N y M1a o, Etapa IVB, cualquier T, cualquier N, M1b de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación de categorías TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y al sistema de estadificación utilizando la clasificación modificada de Astler-Collier-Dukes.

En caso de que el Asegurado fallezca por Cáncer Colorrectal antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Periodo de espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha del diagnóstico o del dictamen médico.

Deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde su inclusión al Grupo Asegurado con esta Cobertura, es decir, no aplica para las renovaciones de la misma Póliza.

Indemnización

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Colorrectal en Etapa de Metástasis mediante entrega de las pruebas documentales que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado conforme a la cláusula w) Arbitraje, indicada en el apartado VIII. Cláusulas Generales.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización de Cáncer Colorrectal:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**
- 2. Cáncer Colorrectal que se encuentre en una etapa distinta a la etapa de metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta Cobertura.**
- 3. Cáncer del ano, de intestino delgado o en cualquier otra localización que no sea de colon o recto de acuerdo a esta cobertura.**
- 4. Preexistencia de Cáncer.**

5. Coberturas Adicionales Estilos de Vida

xxviii. Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de ocurrir el fallecimiento de un Dependiente Económico del Asegurado y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Esta cobertura está limitada a un solo Siniestro por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía los Gastos Funerarios y el fallecimiento de un Dependiente Económico mediante la entrega de los documentos que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Exclusiones particulares de Apoyo por Gastos Funerarios de Dependientes Económicos:

1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual.
2. Fallecimiento de un dependiente que no sea considerado como tal conforme a esta cobertura.
3. Fallecimiento del dependiente como consecuencia de suicidio ocurrido dentro de los primeros 2 (dos) años contados a partir de la emisión del Certificado Individual del Asegurado.

xxix. Apoyo por Matrimonio

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de que contraiga Matrimonio dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la ocurrencia del Matrimonio mediante la entrega de los documentos que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha de la celebración del contrato.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Matrimonio:

1. Eventos ocurridos fuera de la vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.
2. No haber transcurrido un año a partir de que el Asegurado se divorció, siempre que se tenga contratado el Beneficio Adicional de Divorcio.
3. Matrimonios tramitados, declarados o celebrados fuera de territorio nacional.

xxx. Apoyo por Divorcio

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada para esta cobertura en caso de que el Divorcio del Asegurado ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Este Beneficio está limitado a un solo Siniestro por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía el Divorcio, mediante la entrega de los documentos que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha de la disolución del Matrimonio.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Divorcio:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. No haber transcurrido un año a partir de que el Asegurado haya contraído Matrimonio, siempre que se tenga contratado también el Beneficio Adicional de Matrimonio.**
- 3. Divorcios tramitados o declarados fuera de territorio nacional.**

xxxi. Apoyo por Nacimiento o Adopción de un Hijo

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de Nacimiento o Adopción de un Hijo del Asegurado dentro del territorio nacional y durante la vigencia del Certificado Individual.

Este Beneficio estará limitado a un solo Siniestro por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía el Nacimiento o Adopción de un Hijo mediante la entrega de los documentos que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha de Nacimiento o Adopción.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones de indemnización por Nacimiento o Adopción de un Hijo:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Nacimientos múltiples o Adopciones de más de un hijo, solo se pagará un evento por vigencia del Certificado Individual.**
- 3. Nacimientos o Adopciones ocurridas fuera de territorio nacional.**

xxxii. Apoyo por Titulación

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de Titulación del Asegurado o un Hijo del mismo y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la Titulación mediante la entrega de los documentos que se indican en el anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado y la fecha de la Titulación.

Edades de Aceptación

15 (quince) años y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones de indemnización por Titulación:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Haber concluido diplomados, especialidades o cualquier otro grado académico diferente de licenciatura, maestría o doctorado.**
- 3. Títulos sin reconocimiento de validez oficial por autoridad competente, o emitidos por una institución educativa que no se encuentre legalmente constituida o autorizada para tales efectos dentro de territorio nacional.**
- 4. Títulos o grados académicos emitidos u otorgados por instituciones educativas que se encuentren fuera de territorio nacional, sin importar si cumplen o no con los requisitos y autorizaciones necesarias para la emisión u otorgamiento de grados académicos en su país de residencia.**

xxxiii. Apoyo por Conclusión de Bachillerato

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de la obtención de un certificado de estudios a nivel medio superior del Asegurado o un Hijo, dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Este Beneficio estará limitado a un solo Siniestro por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía, la obtención del certificado de la educación media superior, mediante la entrega de los documentos que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado hasta la fecha conclusión de Bachillerato.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Conclusión de Bachillerato:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Obtención de certificados de educación media superior o equivalentes que no cuenten con reconocimiento de validez oficial por autoridad competente o sean emitidos por una institución educativa que no esté legalmente constituida o no cuente con autorización para ello en territorio nacional.**
- 3. Obtención de certificados de estudios de cualquier otro grado académico diferente a la educación media superior, o que sean de carreras técnicas.**

xxxiv. Apoyo por Mudanza

La Compañía pagará al Asegurado, por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de Mudanza del Asegurado a una distancia mayor de 5 (cinco) kilómetros de su Domicilio Particular anterior que ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual. Sujeto a cumplir el Periodo de Espera

Este Beneficio estará limitado a un solo Siniestro por vigencia del Certificado Individual.**Indemnización del Beneficio**

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la Mudanza mediante la entrega de los documentos que se indican en el Anexo de estas condiciones generales.

Periodo de Espera

Será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del seguro y consta en la carátula de Póliza y Certificado Individual, será contado a partir de la fecha de contratación de la cobertura para el Asegurado y la fecha de la Mudanza.

Edades de Aceptación

15 (quince) años cumplidos y la edad máxima que se indique en la carátula de la Póliza.

Renovación

65 (sesenta y cinco) años cumplidos.

Exclusiones particulares de indemnización por Mudanza:

- 1. Mudanza ocurrida fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Mudanza ocurrida fuera del territorio nacional o a un destino que no sea considerado como un Domicilio Particular.**



VII. Dividendos

1. Dividendos por Experiencia Global

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Global de la Compañía.

Se entenderá por Experiencia Global cuando la Prima del Grupo Asegurado no esté determinada con base en su experiencia y sí con base en la siniestralidad de la cartera con las mismas características de riesgo que existan en la Compañía.

a) Con Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Asegurados, cuando participen en el pago de la Prima y de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado, tendrán derecho a recibir la utilidad por concepto de mortalidad favorable. En este caso, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la renovación de este contrato.

a) Sin Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Asegurados no participarán de la utilidad por concepto de mortalidad favorable.

2. Pago de Dividendos

a) Cálculo

Se calculará con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las Primas netas de riesgo devengadas y los Siniestros ocurridos en forma anual, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y de acuerdo con la experiencia total de la cartera con las mismas características que existan en la Compañía.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. La Compañía entregará al Contratante los Dividendos que correspondan a cada Asegurado, obligándose el Contratante a enterar dicha aportación a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su participación al pago de la Prima y a recabar de cada uno de ellos el recibo finiquito por su pago de Dividendos. La determinación de los Dividendos a ser pagados se realizará al finalizar la vigencia de la Póliza.

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima neta de riesgo que corresponda por la celebración de este Contrato de Seguro, misma que podrá variar de acuerdo a las altas, bajas y/o modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su vigencia. Para el cálculo del Dividendo, se considerará la Prima neta de riesgo resultante al final de la vigencia anual.

b) Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, no podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia del Contrato de Seguro. Si la vigencia de este contrato es menor a 1 (un) año, no se podrán otorgar Dividendos.

Los Dividendos no son garantizados, los Dividendos a ser pagados al final de la vigencia serán los que resulten de aplicar el método de cálculo que se establece en el inciso a) del numeral 2 del apartado Pago de Dividendos.

Para el caso en que los Asegurados participen en el pago de la Prima, únicamente se entregará el pago correspondiente de Dividendos una vez que el Contratante manifieste por escrito a la Compañía que no tiene pendiente por reportar Siniestros ocurridos en la vigencia de la Póliza.

En caso de cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se entregará o repartirá Dividendo alguno.

El pago de Dividendos no estará condicionado a la renovación de la Póliza. Los Dividendos se calcularán una vez efectuado el ajuste de Primas, dicho ajuste deberá considerar los movimientos realizados en el contrato durante la vigencia de la Póliza. Los Dividendos se pagarán una vez cubierta la totalidad de la Prima anual.

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y no Reportados

Si con posterioridad al pago correspondiente de Dividendos, se llegarán a presentar Siniestros o complementos posteriores a la fecha de entrega y que hubieran tenido lugar dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, se procederá de la siguiente manera:

1. Si el Grupo Asegurado renovó su vigencia en la Compañía, a petición del Contratante, podrá llevarse a cabo el arrastre de pérdidas de la vigencia anterior por Siniestros ocurridos y no reportados, en el cálculo del Dividendo correspondiente al siguiente periodo.
2. En caso de no renovación, el Contratante deberá reingresar a la Compañía, en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales siguientes al aviso, la cantidad que resulte de la diferencia entre los Dividendos pagados y los Siniestros realmente ocurridos.
3. En el caso que la siniestralidad supere el Dividendo pagado al Contratante, este debe reintegrar a la Compañía en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la totalidad del Dividendo pagado. En caso de que la siniestralidad supere el monto del Dividendo otorgado o reintegrado, la Compañía absorberá el pago de los Siniestros que hubieren ocurrido dentro de la vigencia del Contrato de Seguro.

El Contratante es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos, con relación al inciso c) “Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y no Reportados” de este apartado.



VIII. Cláusulas Generales

a) Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia. El plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando no se cancele por falta de pago de Prima. Para los Asegurados que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado Individual.

b) Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad, será necesario el consentimiento del representante legal.

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

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en el Certificado Individual, el cual será el único medio de prueba admisible.

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 no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

Advertencia: 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 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 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.

c) Pago de la Prima

El Contratante deberá pagar la Prima anual de las coberturas, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por pagar la Prima anual de manera fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral; en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza, la cual se comunicará al Contratante.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima anual y de cada una de las fracciones, en caso de haber elegido la opción de pago fraccionado.

Los pagos de Prima deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio.

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.

d) Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza.

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

e) Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerden con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la CNSF.

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.

f) Indisputabilidad

Este Contrato de Seguro será disputable para los Asegurados que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurado luego de 30 días naturales a aquel en que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo Asegurado, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
- d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

El plazo de disputabilidad depende de Grupo Asegurado:

1) Grupo Asegurado con Relación Laboral

Siempre será disputable dentro de su primer año de vigencia continua e ininterrumpida

2) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Siempre será disputable durante los 2 (dos) primeros años de vigencia continua e ininterrumpida

El plazo señalado se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado.

En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

Cuando el Contratante y la Compañía acuerden un incremento en la Suma Asegurada, posterior a la Póliza original, el plazo señalado se contará nuevamente a partir del inicio de la vigencia del incremento en la Suma Asegurada.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes, el Contrato será indisputable.

g) 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.

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.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado o la contratación de una Suma Asegurada superior a la Suma Asegurada Máxima.

h) Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la Carátula de Póliza, salvo que posteriormente señalen algún otro domicilio o dirección electrónica. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

i) Cambio de Ocupación

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

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

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, la Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Certificado Individual del Asegurado, sin necesidad de declaración judicial.

Si dicha agravación del riesgo no tiene influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones aun y cuando no se cumpla con el aviso, la Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones.

j) Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) Cubrir el importe de las Primas no pagadas.
- d) 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 Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la solicitud.

k) Renovación

La cobertura y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se podrá renovar bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato

de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, salvo que el Contratante notifique a la Compañía instrucción en contrario, la Compañía no acepte la solicitud de renovación del Contratante o, las Partes acuerden cambiar de producto para la próxima vigencia. No obstante, el Contratante y la Compañía podrán realizar modificaciones en la renovación, en cuyo caso, esta se otorgará en los términos y condiciones que pacten.

La renovación se realizará en los siguientes términos:

- a. Sin requisitos de asegurabilidad.**
- b. No implicará modificación de los Periodos de Espera.**
- c. Los límites de edad de aceptación no sufrirán cambios.**

En cada renovación, la Prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en nota técnica ante la CNSF.

El incremento de Primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de aceptación establecidos en este Contrato de Seguro.

l) 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.

m) Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de rehabilitación e incremento de la Suma Asegurada pactado entre el Contratante y la Compañía, se aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o se acepte el incremento de Suma Asegurada.

n) Comprobación del Siniestro

En caso de Siniestro, el Asegurado o Beneficiario, según el caso, deberá presentar a la Compañía, al menos la documentación que se lista enseguida, adicional a las que se mencione en cada cobertura y el anexo de estas condiciones generales:

- a. Certificado Individual, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
- b. Solicitud de reclamación.

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

o) Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado y, en su caso, del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.

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 y procederá de la siguiente manera:

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía 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 en la Póliza, pero en este caso se devolverá la reserva matemática de la Póliza, para ese Certificado Individual, en la fecha de su rescisión.

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía 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 Compañía hubiere pagado el importe del Siniestro 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 Compañía 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 Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

La edad declarada por el Asegurado o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o después del Siniestro.

p) Pago del Seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada 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.

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

q) Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada,

no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, 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.

r) 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.

s) Prescripción

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

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

t) Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía 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.

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 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.
- Teléfono: desde cualquier lugar de la República Mexicana: 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 55 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, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, México.
- Teléfono: 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

u) 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) Fecha de término del periodo de Vigencia.
- b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo establecido para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía, cuando así proceda, se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la entrega del escrito antes mencionado a la Compañía previa identificación del Contratante.

v) 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.

w) Arbitraje

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 será establecido

por la persona designada 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.

x) Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros

La Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los medios electrónicos (vía telefónica e internet) o la prestación de servicios de personas morales distintas de agente de seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente:

- 1) El Contratante obtendrá del interlocutor o la página de internet la información general del seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
- 2) El Contratante obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:
 - Vía telefónica, responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar, proporcionar los datos de autenticación del solicitante e información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.
 - Internet, ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica, sus datos personales, del Asegurado y la información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la Prima y su dirección de correo electrónico.

Para la identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autenticación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

- 3) La Compañía hará saber al Contratante de manera fehaciente y a través del mismo medio, su aceptación

a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.

- 4) La Compañía preguntará al Contratante el medio por el cual desea recibir su documentación contractual.

La Compañía entregará la documentación contractual al Contratante a través del medio elegido por este; de forma adicional le proporcionará la dirección de la página de internet donde el Contratante podrá consultar las presentes condiciones generales, así como los datos de contacto para la atención de siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada Atención a Clientes.

Al realizar la contratación de este seguro por medios electrónicos, el Contratante acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante y/o Asegurado.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia de la Póliza, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante, a través de la llamada telefónica, internet o de los que sean proporcionados directamente a la persona moral distinta de agentes de seguros, para la celebración de esta Póliza. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la prima.

Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de “Operaciones a través de Medios Electrónicos” los podrá consultar en la siguiente dirección electrónica axa.mx.

y) Restricción de cobertura

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta Póliza, cuando ello implique a la Compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico legal establecida en resoluciones emitidas por las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América o bien por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas emitidas por organismos internacionales reconocidos por el Gobierno Mexicano.

z) Procedimiento de Cumplimiento Normativo para Negocios Transfronterizos.

- a) Fuente de financiamiento, sin lavado de dinero, sin evasión fiscal.

El Contratante declara, garantiza y certifica a AXA Seguros, S.A de C.V que (i) todos los pagos de prima así como las aportaciones adicionales a la prima aplicadas a esta Póliza han sido o serán declaradas de manera apropiada a la autoridad fiscal pertinente en la jurisdicción del domicilio habitual de Contratante para efectos de cargos fiscales y/o en cualquier otra jurisdicción que se requiera o sea procedente de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes, y (ii) los fondos no proceden, directa o indirectamente, de fuentes o actividades ilícitas y/o de evasión fiscal.

- b) Política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales: consentimiento para la revelación de información a autoridades fiscales y gubernamentales.

AXA Seguros, S.A de C.V. ha mantenido por largos años una política de cooperación con autoridades fiscales y gubernamentales para combatir el lavado de dinero, la evasión fiscal y otras actividades ilícitas. En los casos en que el Contratante no sea un residente tributario de la jurisdicción donde se emita la póliza (“Transacción Transfronteriza”), la Compañía podrá, revelar a las autoridades fiscales o gubernamentales del país de origen del Contratante, la identidad de este y de los beneficiarios y determinada información concerniente a la Póliza, lo anterior con base en las leyes, reglamentos y tratados internacionales de los que México sea parte. El Contratante, a su vez, acepta y conviene por la presente que la Compañía podrá hacer revelación de manera discrecional.



IX. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante los Certificados Individuales para que este se los proporcione a los Asegurados del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- i. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- ii. Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- iii. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- iv. Nombre del Contratante.
- v. Nombre y fecha de Nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- vi. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- vii. Suma Asegurada o reglas para determinarla en la cobertura.
- viii. Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- ix. La transcripción de los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Asegurados

La Compañía, al recibir la solicitud de seguro y Consentimiento de cada Asegurado, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Asegurados contendrá la siguiente información:

- a. Nombre, edad o fecha de Nacimiento de cada uno de los Asegurados del Grupo Asegurado.
- b. La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.

3. Regla para Determinar Suma Asegurada

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Asegurados. Esta regla se podrá manejar de diferentes maneras, las cuales podrán ser calculadas por:

1. Suma Asegurada fija.
2. Suma Asegurada variable, la cual el Contratante podrá establecerla por el número de veces del sueldo y/o plan de protección.
3. Suma Asegurada mixta, la cual puede ser una combinación de los incisos anteriores. La regla para determinar la Suma Asegurada podrá estar relacionada directamente con la nómina; o en su defecto, cuando se establezca por meses de sueldo, este deberá especificar los conceptos que constituyen el sueldo sin exceder 5 (cinco) veces el valor anual de la UMA al momento del pago. En aquellos casos en que la regla de Suma Asegurada tome como referencia el salario, se entenderá, salvo especificación en contrario, como el Salario Base, de acuerdo con la definición indicada en estas condiciones generales.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

El Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Asegurados sin que esta pueda exceder 5 (cinco) veces el valor anual de la UMA al momento del pago.

La regla para determinar la Suma Asegurada deberá ir directamente relacionada con cada Categoría que el Contratante establezca.

4. Administración de la Póliza

El Contrato de Seguro, de acuerdo con el número de Asegurados y a solicitud expresa de este, podrá ser administrado de acuerdo con lo siguiente:

i. Sistema Autoadministrado

Sistema aplicable para el Grupo Asegurado con relación laboral, siempre y cuando el número de Asegurados así lo requiera y cuenten con inscripción de seguridad social.

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, de acuerdo con lo que se estipule en la Carátula de la Póliza. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados Individuales) y a informar a los Asegurados su contenido, y en su caso el pago de Dividendos.

El Contratante estará obligado a entregar dicha información mediante un listado que formará parte integrante de la Póliza al término de la vigencia, ya sea al momento de la renovación o si el Contratante por razones propias no desea renovar.

El listado comprenderá las altas de nuevos empleados que se realizaron posterior a la emisión de la Póliza y que el Contratante diera de baja antes de la renovación; asimismo deben ser reportados los empleados que hubieran sido contratados después del inicio de vigencia y hubieran fallecido durante la vigencia del Contrato de Seguro.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivado de este Contrato de Seguro. Lo anterior para cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF en materia de estos seguros.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

Quedarán cubiertos todos los Asegurados desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante no entregará a la Compañía reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose la Compañía a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, siempre que esta fecha sea posterior al inicio de vigencia de la Póliza actual, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

- a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir del requerimiento.
- b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, por un porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a la Compañía el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.
- c) Ingreso en el Grupo Asegurado. Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

1. Ajuste de Primas

Los ajustes en Primas por motivos de incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, se cobrarán a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo con la regla de Suma Asegurada establecida para los Asegurados, así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del Contrato de Seguro, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos Individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. Si la Suma Asegurada reportada al final es menor de acuerdo con los Asegurados reportados, se tendrá que enviar el comprobante de los Asegurados excluidos de acuerdo con la baja de seguridad social. El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

ii. Sistema Tradicional

Mediante este sistema la Compañía administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados Individuales y en su caso el pago de Dividendos.

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado sin relación laboral o para el Grupo Asegurado con relación laboral bajo los siguientes supuestos:

1. Pólizas opcionales, es decir cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima.
2. Cuando la regla de Suma Asegurada no esté establecida con base en una regla de carácter general.

Para este sistema el Contratante deberá notificar por escrito los movimientos de altas, bajas y aumentos de Suma Asegurada en cada mes contado a partir de vigencia de la Póliza, debiendo entregar a la Compañía la documentación correspondiente de cada movimiento realizado durante la vigencia de la Póliza.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

a. Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

b. Bajas en el Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculados en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Los Asegurados que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán Asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, este podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

2. Ajuste de Primas

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas se realizarán de acuerdo con la edad, ocupación y Suma Asegurada Individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

iii. Sistema a Declaración

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de Asegurados.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, especificada en la Carátula de la Póliza. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados Individuales o hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en los Certificados Individuales y en su caso, el pago de Dividendos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivado de este Contrato de Seguro para cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF en materia de estos seguros.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Asegurados que se aseguran. Dicho listado se entregará dentro de los siguientes 15 días naturales siguientes al término del periodo, de acuerdo con el plazo de pago estipulado en la Póliza.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados que el Contratante reporte a la Compañía y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

La Compañía se compromete a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad establecida en la carátula de la Póliza.

En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada Máxima aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado. La indemnización en caso de Siniestro será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la Carátula de Póliza, Relación de Integrantes y Certificado Individual, de acuerdo con lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

a) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

2. Ajuste de Primas

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo con la forma de pago establecida en la Carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Asegurados, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones de Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Asegurado que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes Individuales de la operación de vida que esta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la Suma Asegurada máxima sin pruebas médicas de la cartera Individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF. El solicitante deberá pagar a la Compañía la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

6. Modificaciones

Las condiciones generales de la Póliza y sus Endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la CNSF.

a) Cambio de Contratante

Para Grupos Asegurados cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a este la Prima no devengada.

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este Contrato, apégándose a lo mencionado en la cláusula Dividendos.

b) Cambio de Forma de Pago de las Primas

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual.

En estos casos, a la Prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

c) Cambio de Beneficiarios

El Asegurado de Grupo Asegurado con o sin relación laboral que desee cambiar a sus Beneficiarios, tanto en Pólizas que se administren bajo el sistema denominado Tradicional y a Declaración deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días a través del llenado de un nuevo Consentimiento. La Compañía elaborará la actualización del Certificado Individual, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Asegurado.

7. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante tuvo en una Póliza de Grupo, en esta o en otra compañía de seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas y beneficios hayan sido contratadas u otorgados en esta y en la Póliza anterior.

8. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar al Contratante 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 o Asegurado requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus condiciones generales podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

- Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación.
- Acudiendo el Contratante o Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.



X. Listado de Abreviaturas

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



XI. Artículos citados

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS:

ARTÍCULO 276. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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 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;

...

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.

...”

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 40. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.



XII. 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 a partir del día 29 de agosto de 2025 con el número PPAQ-S0048-0019-2025 / CONDUSEF-006832-03.

El Asegurado o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación en caso de un Siniestro:

Esta documentación es enunciativa, la Compañía puede requerir información adicional sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En todos los casos deberá entregar a la Compañía:

- 1** El formato de reclamación vigente para personas físicas en original. En caso de más de un Beneficiario, presentar el formato "otros beneficiarios".
- 2** Copia del estado de cuenta bancario a nombre del Beneficiario que contenga CLABE interbancaria a 18 dígitos.
- 3** Original del Consentimiento con designación de Beneficiarios, firmado por el Asegurado.
- 4** Certificado Individual.
- 5** Original de acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios.
- 6** Copias simples de identificación oficial vigente del Asegurado y Beneficiario, con fotografía y firma (INE, pasaporte, cédula profesional).
- 7** Copia simple del comprobante de domicilio actual del Beneficiario, no mayor a 3 meses de antigüedad (recibo de luz, agua, predial, cuenta bancaria, recibo telefónico residencial).
- 8** En caso de ser una prestación laboral: copias de los últimos dos recibos de nómina previos a la fecha de Siniestro.

Descripción de Coberturas

Documentación para reclamación de Siniestros



Cobertura Básica de Fallecimiento

Indemnización por Muerte Accidental (DI)

Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)

- a) Original o copia certificada de acta de defunción del Asegurado.
- b) Para la cobertura de Indemnización por muerte accidental (DI), adicional deberá entregar copia certificada de la carpeta de investigación completa (en caso de haber tramitado el Anticipo por Fallecimiento, solo presentar adicionalmente el complemento actualizado de la carpeta de investigación).



Anticipo por Fallecimiento

- a) Copia del certificado médico de defunción del Asegurado.
- b) En caso de la cobertura de indemnización por muerte accidental (DI), adicional deberá entregar copia simple de la carpeta de investigación completa.



Anticipo por Enfermedades Terminales

- a) Copia certificada del expediente clínico completo de la institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención de los padecimientos que origina el estado de enfermedad terminal, detallando fecha de diagnóstico, evolución, respuesta al tratamiento y pronóstico esperado, con fecha, sello y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
- b) Reporte original de todos los estudios realizados en los cuales se confirmó el diagnóstico y avance de la enfermedad que originó el estado de enfermedad terminal.



Indemnización por Gastos Funerarios para el Asegurado

Indemnización por Gastos Funerarios para cónyuge e hijos

Indemnización por Gastos Funerarios para padres

- a) Original o copia certificada del acta de defunción del afectado.
- b) En el caso de muerte accidental adicional, deberá presentar copia certificada por el Ministerio Público de la carpeta de investigación completa.



Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)

- a) Copia certificada de expediente clínico completo de la institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención inicial por la Pérdida Orgánica, incluyendo nota de urgencias en la cual se detalle el mecanismo de lesión (Cómo, cuándo y dónde ocurrió) a través del cual se produjo. El documento deberá presentar fecha, sello y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
- b) Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo.
- c) Reporte original de todos los estudios realizados en los cuales se confirmó el diagnóstico y se determinó la Pérdida Orgánica.
- d) En caso de que la naturaleza del accidente requiriera intervención de la autoridad: copia certificada por el Ministerio Público de la carpeta de investigación completa.



Invalidez Total y Permanente (BITP)

- a) Original o copia certificada del dictamen de invalidez donde se indique la fecha de inicio del estado de invalidez definitivo emitido por la Institución de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM o cualquier otra).
- b) En caso de no estar inscrito en alguna institución de seguridad social, deberá de enviar historial clínico y/o informe médico del especialista debidamente autorizado y certificado para su profesión y especialidad, así como estudios realizados donde confirme la invalidez total y permanente.
- c) Copia certificada de expediente clínico completo de la institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención de los padecimientos que originan el estado de Invalidez total y permanente, detallando fecha de diagnóstico, evolución, respuesta al tratamiento y pronóstico esperado; con fecha, sello y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
- d) Reporte original de todos los estudios realizados en los cuales se confirmó el diagnóstico y avance de la enfermedad que originó el estado de invalidez total y permanente.
- e) Cuando por la naturaleza de la causa del Siniestro sea necesaria la intervención de la autoridad, deberá presentar copia certificada de la carpeta de investigación completa.

Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)



Apoyo económico por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal

Desempleo Involuntario

- a) Original del recibo de liquidación, finiquito, baja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), según sea el caso, carta o aviso de despido expedida por el patrón en la que se haga constar la terminación de la relación laboral del Asegurado, o copia certificada del laudo arbitral emitido por autoridad competente, o cualquier otro documento con el que se acredite fehacientemente la terminación de la relación laboral.
- b) Solicitud de protección continua por desempleo.

Incapacidad Total Temporal

- a) Original o copia certificada del informe médico detallado, en el que se determine la causa de la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad total temporal y el periodo de la incapacidad indicando, si debe permanecer hospitalizado o en reposo en casa. El informe médico deberá estar fechado, sellado y firmado por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- b) Reporte original de todos los estudios realizados, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad total temporal.



Indemnización por Cirugía

- Copia certificada del expediente clínico de la institución de salud pública o privada en la cual se haya realizado la intervención quirúrgica y que contenga documentos que contengan la integración de la evidencia clínica, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se especifique la prescripción médica y la causa de la Cirugía practicada, con fecha de diagnóstico de la Enfermedad que motivó la Cirugía, fechado, y firmado y sellado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado para la especialidad de la Cirugía.



Indemnización por Hospitalización a causa de un Accidente

Indemnización por Hospitalización a causa de una Enfermedad

- Copia certificada del expediente clínico de institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención médica por la hospitalización correspondiente a la Enfermedad o Accidente presentado.
- Documentos que contengan la integración de la evidencia clínica, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se determine el periodo de hospitalización requerido por el Asegurado, la fecha del Accidente o de inicio de la Enfermedad, diagnóstico, tratamiento médico de las lesiones y motivo de la hospitalización, fechado, y firmado y sellado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y especialidad en medicina interna o en la especialidad que corresponda.



Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio

Indemnización por Accidente Cerebrovascular

Indemnización por Esclerosis Múltiple

Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave

Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica

Indemnización por Osteoporosis Grave

Indemnización por Trasplante

- Copia certificada de expediente clínico completo de la institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención de los padecimientos presentados detallando fecha de diagnóstico, evolución, respuesta al tratamiento y pronóstico esperado; con fecha, sello y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad según corresponda.
- Reporte original de todos los estudios realizados en los cuales se confirmó el diagnóstico y avance de los padecimientos presentados, según corresponda.

Descripción de Coberturas

Documentación para reclamación de Siniestros



Indemnización por Cáncer

Indemnización por Cáncer de Mama

Indemnización por Cáncer de Ovario

Indemnización por Cáncer Cervicouterino

Indemnización por Cáncer Testicular

Indemnización por Cáncer de Próstata

Indemnización por Cáncer de Pulmón

Indemnización por Cáncer Colorrectal

- c) Tratándose de Cáncer, adicionalmente, copia certificada de expediente clínico completo de la institución de salud pública o privada en la cual se haya brindado la atención de los padecimientos presentados detallando fecha de diagnóstico, evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico y se especifique el pronóstico del cáncer, fechado, firmado y sellado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.



Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico

- a) Original de las facturas de los gastos funerarios del Dependiente Económico que deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas.
- b) Original y copia simple del acta de defunción del Dependiente Económico.
- c) Original o copia certificada de documentos que acrediten el parentesco con el Dependiente Económico, ya sea el acta de nacimiento, de constitución de sociedad de convivencia, matrimonio o de adopción.



Apoyo por Matrimonio

- a) Original o copia certificada del acta de Matrimonio.



Apoyo por Divorcio

- a) Original o copia certificada del acta de Matrimonio con la nota marginal relativa a la disolución.
- b) Copia simple del documento o resolución emitida por la autoridad administrativa o judicial competente en el que se declare el Divorcio o terminación de la figura equivalente.



Apoyo por Nacimiento o Adopción de un hijo

- a) Original o copia certificada del acta de nacimiento expedida por el registro civil competente o de la resolución firme que autorice la adopción o en su defecto, el acta de adopción emitida por el registro civil.

Descripción de Coberturas

Documentación para reclamación de Siniestros



Apoyo por Titulación

- a) Original para cotejo y copia simple del título con reconocimiento de validez oficial por autoridad competente, emitida por una institución educativa legalmente y autorizada para tales efectos en territorio nacional.
- b) Copia simple del alta en el Registro Nacional de Profesionistas.
- c) Original del acta de nacimiento que acredite el parentesco entre el Asegurado y el hijo, en caso de que este último sea quien haya obtenido la Titulación.



Apoyo por Conclusión de Bachillerato

- a) Original para cotejo y copia simple del certificado de educación media superior con reconocimiento de validez oficial por autoridad competente, emitida por una institución educativa legalmente autorizada para tales efectos en territorio nacional.
- b) Original del acta de nacimiento que acredite el parentesco entre el Asegurado y el hijo, en caso de que este último sea quien haya obtenido el certificado de educación media superior.



Apoyo por Mudanza

- a) Original de la factura, a nombre del asegurado, del servicio de transportación de una compañía de transporte legalmente constituida para el traslado de bienes.
- b) Copia simple del contrato de arrendamiento o compraventa del domicilio particular al que se realiza la mudanza.
- c) Copia simple de comprobante de domicilio actual no mayor a 3 meses de antigüedad (recibo de luz, agua, predial, cuenta bancaria, recibo telefónico residencial).
- d) En caso de que el domicilio particular anterior sea arrendado, copia del contrato de arrendamiento, convenio de terminación o documento con el que se acredite la terminación o vencimiento del arrendamiento.



En caso de personas o hechos en el extranjero, deberá presentar:

- a) Acta de nacimiento del asegurado con apostilla y traducción legal y/o legalización diplomática.
- b) Acta de defunción del asegurado con apostilla y traducción legal y/o legalización diplomática.
- c) Acta de nacimiento del beneficiario con apostilla y traducción legal y/o legalización diplomática.
- d) Acta de matrimonio con apostilla y traducción legal y/o legalización diplomática.
- e) Acta de defunción del beneficiario con apostilla y traducción legal y/o legalización diplomática.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx