



Vida Familiar



Condiciones Generales

Contenido

1. Objeto del Seguro 5

2. Leyes Aplicables 5

3. Definiciones 5

3.1. Asegurado 5

3.2. Asegurado Titular 5

3.3. Beneficiario 5

3.4. Compañía 6

3.5. Contratante 6

3.6. Dependientes 6

3.7. Período de Espera 6

3.8. Póliza o Contrato de Seguro 6

3.9. Prima 6

3.10. Siniestro 6

3.11. Suma Asegurada 6

I. Cobertura Básica 7

1. Descripción del seguro 7

1.1. Planes de Contratación 7

1.1.1. Plan individual 7

1.1.2. Plan familiar 7

1.2. Descripción del Beneficio por Fallecimiento 7

1.3. Edades de Aceptación 7

1.4. Renovación 7

II. Beneficios Adicionales 8

1. Beneficios Adicionales por Accidente 8

1.1. Definiciones 8

1.1.1. Accidente 8

1.1.2. Anquilosis	8
1.1.3. Pérdida Orgánica	8
1.2. Exclusiones	8
1.3. Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC)	10
1.3.1. Descripción	10
1.3.2. Indemnización Máxima	11
1.3.3. Edad	11
1.3.4. Cancelación	11
2. Beneficios Adicionales por Invalidez Total y Permanente	12
2.1. Definición de Invalidez Total y Permanente	12
2.2. Exclusiones	13
2.3. Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)	13
2.3.1. Descripción	13
2.3.2. Edad	14
2.3.3. Cancelación	14
III. Beneficios Incluidos	14
1. Anticipo por Enfermedades Terminales	14
1.1. Reducción de la Suma Asegurada	17
1.2. Exclusiones	17
2. Continuidad de la Protección	17
3. Anticipo por Fallecimiento	18
IV. Prima y Obligaciones de Pago	19
V. Cláusulas Generales	20
1. Prescripción	20
2. Omisiones o Inexactas declaraciones	21
3. Indisputabilidad	21
4. Corrección del Contrato de Seguro	21
5. Notificaciones	21

6. Competencia	22
7. Interés Moratorio	22
8. Moneda	22
9. Carencia de Restricciones	22
10. Suicidio	22
11. Vigencia del Contrato	23
12. Suma Asegurada	23
13. Renovación	23
14. Revelación de Comisiones	23
VI. Procedimientos	24

1. Terminación del contrato	24
2. Rehabilitación	24
3. Cambio de Contratante	24
4. Cambio de Ocupación	25
5. Designación de Beneficiarios	25
6. Incremento Automático de Suma Asegurada (Opcional)	25
7. Incremento no Programado de Suma Asegurada	26
8. Pago del Seguro	26
VII. Artículos Citados	27

VIII. Registro	34
-----------------------	-----------

IX. Abreviaturas	35
-------------------------	-----------

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

Vida Familiar
Condiciones Generales

1. Objeto del Seguro

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

2. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se registrará por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

3. Definiciones

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

3.1. Asegurado

La persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza. Para efectos de este Contrato de Seguro, podrán ser considerados como Asegurados, el Asegurado Titular, el Cónyuge y/o los Dependientes.

3.2. Asegurado Titular

Se considera como tal a la persona que aparece registrada como Asegurado Titular en la solicitud del seguro y firma de la misma.

3.3. Beneficiario

Es la persona, en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Asegurado Titular o Asegurado en términos del Contrato de Seguro.

3.4. Compañía

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

3.5. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además, se compromete a realizar el pago de la Prima.

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

3.6. Dependientes

Se considerarán como tales a aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular y/o del Cónyuge, solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de veinticinco (25) años.

3.7. Período de Espera

Es el plazo que transcurre entre la fecha en la que la Compañía conoce de la ocurrencia de un siniestro y la fecha en la que la Compañía acepta efectuar el pago del siniestro. Para efectos del presente Contrato de Seguro, el Período de Espera será el tiempo necesario para determinar y comprobar la procedencia de un siniestro.

3.8. Póliza o Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro está constituido por la solicitud de seguro, el cuestionario, la carátula de la póliza, las condiciones generales y sus endosos que hacen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y la Compañía.

3.9. Prima

Es la contraprestación en numerario a cargo del Contratante para obtener a cambio los beneficios del Contrato de Seguro prevista en la Póliza.

3.10. Siniestro

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

3.11. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas, incluyendo todos los incrementos y/o decrementos que se hayan hecho en la Póliza durante su vigencia. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

I. Cobertura Básica

1. Descripción del seguro

1.1. Planes de Contratación

1.1.1. Plan individual

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, al Asegurado Titular.

1.1.2. Plan familiar

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, de acuerdo a una de las siguientes modalidades:

- Titular y Cónyuge.
- Titular y Dependientes.
- Titular, Cónyuge y Dependientes.

1.2. Descripción del Beneficio por Fallecimiento

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y estando al corriente en el pago de la Prima, ocurre el fallecimiento de alguno de los Asegurados, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada de acuerdo con los términos estipulados por el Contratante y la Compañía, y conforme a las condiciones generales de la Póliza.

Podrán asegurarse bajo la misma Póliza, el Asegurado Titular, su Cónyuge y Dependientes, dependiendo del Plan Contratado que se establece en la carátula de la Póliza.

En caso de fallecer algún Asegurado, se pagará la Suma Asegurada correspondiente, siempre y cuando la causa de la muerte se encuentre cubierta. La Póliza seguirá vigente para el resto de los Asegurados, siempre y cuando se continúe con el pago de la Prima.

En caso de que el Asegurado fuere menor de edad y tenga una edad de doce (12) años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo al artículo 169 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

1.3. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para esta cobertura son las comprendidas entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad, para el Asegurado Titular y Cónyuge; y de uno (1) a veinticuatro (24) años en el caso de los Dependientes.

1.4. Renovación

Para la renovación, la edad máxima de aceptación para el Asegurado Titular y Cónyuge será hasta los noventa y nueve (99) años. En el caso de los Dependientes, la edad máxima de aceptación será a los veinticuatro (24) años.

II. Beneficios Adicionales

Los beneficios por Accidente e Invalidez Total y Permanente al ser adicionales a la cobertura básica serán cubiertos únicamente a petición expresa del Contratante, estos beneficios adicionales se ofrecen sólo para el Asegurado Titular y su Cónyuge por la misma cantidad de Suma Asegurada que para la cobertura básica.

1. Beneficios Adicionales por Accidente

1.1. Definiciones

1.1.1. Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

1.1.2. Anquilosis

Imposibilidad de movimiento en una articulación del cuerpo considerado como normalmente móvil.

1.1.3. 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 dos falanges de la misma mano, cuando menos.
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

1.2. Exclusiones

Los beneficios adicionales por Accidente no amparan:

1. **Los accidentes originados como consecuencia de que el Asegurado participe en:**
 - a. **El servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas, alborotos populares.**

-
- b. En la comisión de un asalto o de cualquier otro delito contra la vida o la integridad corporal de algún tercero, así como la participación del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
 - c. Viaje en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada, para el servicio de transporte de pasajeros o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular. En caso de Muerte Accidental Colectiva se excluye totalmente el fallecimiento por viajes aéreos.
 - d. Carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad a bordo de vehículos con motor.
 - e. La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonetas y otros vehículos similares de motor, motonáutica (moto acuática, etc.), buceo, alpinismo, esquí, charrería, pesca, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar.
2. Los accidentes originados como consecuencia de los siguientes eventos:
- a. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas por las lesiones a que se refiere esta cobertura.
 - b. Cualquier intento de suicidio, enfermedad, o lesión voluntaria, que se provoque directamente el propio Asegurado aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o estando bajo influencia de alcohol, enervantes, estimulantes o drogas, excepto si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
 - c. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - d. Fallecimiento o Pérdida Orgánica que ocurra después de noventa (90) días posteriores al accidente.
-

- e. Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.
- f. Homicidio del Asegurado, cuando éste se encuentre participando directamente en actos delictivos.

1.3. Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC)

1.3.1. Descripción

En caso de que el Asegurado fallezca o llegue a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de este beneficio, aun cuando el Asegurado sufiere, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas en la presente Cobertura Adicional.

En el caso de la cobertura por Muerte Accidental Colectiva, la Compañía pagará el doble del monto determinado de conformidad con el primer párrafo de esta Sección, si el Asegurado fallece a consecuencia de:

- a) un accidente automovilístico en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba sea considerado de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares;
- b) un accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas;
- c) un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

La indemnización para estos beneficios se pagará siempre y cuando:

- a) Que la póliza no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del siniestro.**
- b) El accidente ocurra dentro de las edades comprendidas para este beneficio.**
- c) El fallecimiento ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.**
- d) La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.**

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. La indemnización correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a los Beneficiarios designados.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con el beneficio por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa, un examen médico al Asegurado.

1.3.2. Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en los beneficios de Muerte Accidental y/o Pérdida Orgánica, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente en estas coberturas, aún cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

En el caso de Muerte Accidental Colectiva, queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá del doble de la Suma Asegurada vigente en esta cobertura.

Si la Compañía llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo del beneficio de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo Accidente.

1.3.3. Edad

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad.

1.3.4. Cancelación

Los beneficios contratados por Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva, y los cargos correspondientes, se cancelarán automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.

En cualquier caso, los beneficios adicionales no se renovarán al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

2. Beneficios Adicionales por Invalidez Total y Permanente

2.1. Definición de Invalidez Total y Permanente

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

- a) Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una enfermedad o accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo.
- b) Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de una enfermedad o accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.
- c) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de los incisos a y b, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado comprenderá un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de Invalidez Total y Permanente por una institución o médico especialista.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante el Periodo de Espera mencionado en el párrafo anterior, no procederá el pago de los beneficios por invalidez.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Contratante o el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico con cédula profesional, certificado y especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Contratante o el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Contratante.

2.2. Exclusiones

Este beneficio adicional no ampara la Invalidez Total y Permanente originada por:

- a) Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales, en servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección o manifestaciones violentas, riñas en las que participe el Asegurado en forma directa.
- b) La participación de cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación, legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeto a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.
- c) Lesiones por participar en pruebas, contiendas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- d) La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonetas y otros vehículos similares de motor, motonáutica (moto acuática, etc.), buceo, alpinismo, esquí, charrería, pesca, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar.
- e) Cualquier intento de suicidio, enfermedad, o lesión voluntaria, que se provoque directamente el propio Asegurado aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o estando bajo influencia de alcohol, enervantes, estimulantes o drogas, excepto si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
- f) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue accidental.

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

2.3.1. Descripción

En caso que durante el plazo de este beneficio, el Asegurado sufiere un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada de este beneficio adicional, vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago una vez transcurrido el Periodo de Espera.

2.3.2. Edad

Las edades de aceptación para este beneficio son las comprendidas entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad.

2.3.3. Cancelación

Los beneficios contratados por invalidez se cancelarán automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato, posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años; a excepción de los Asegurados que comprueben que tienen una relación laboral con una remuneración comprobable, a quienes se les cancelará hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.

III. Beneficios Incluidos

1. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada, en caso de que el Asegurado requiera un proceso terapéutico de Revascularización Coronaria (*Bypass*) por Cirugía, o se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales:

- a) Infarto al Miocardio.
- b) Accidente Vascular Cerebral.
- c) Cáncer.
- d) Insuficiencia Renal.

Lo anterior estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) **Que la póliza no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del siniestro.**
- b) **Que la enfermedad sea diagnosticada al momento en el que la Póliza se encuentre en vigor.**
- c) **Que en caso de que el Contratante hubiera designado beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.**
- d) **Cualquiera de los padecimientos arriba mencionados, se presente al menos tres meses después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y que la reclamación proceda de acuerdo con las condiciones generales de este Contrato de Seguro.**

-
- e) **Que le sea diagnosticado al Asegurado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que al diagnosticarse cualquiera de los padecimientos indicados, quede asentado por un médico especialista, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el Consejo Mexicano de la especialidad, que las condiciones de salud del Asegurado ocasionarán necesariamente su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a doce (12) meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente. La Compañía podrá evaluar dicho diagnóstico en caso de que lo considere necesario.**

La cantidad, que por este beneficio se pague no podrá ser mayor a \$1,000,000.00 M.N. (un millón de pesos 00/100 M.N.).

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

Queda específicamente excluido de este beneficio, el pago de algún anticipo originado por enfermedades mencionadas en el primer párrafo de esta Sección, que se consideren como Enfermedades Preexistentes. Para los efectos de la presente exclusión, se entiende como Enfermedades Preexistentes, la lesión o enfermedad cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este Contrato de Seguro, que (i) haya sido diagnosticada por un médico, (ii) provoque un gasto, (iii) fuere aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no puedan pasar inadvertidas, y (iv) sean conocidos y no declarados por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8º de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía podrá rechazar el pago del siniestro por Enfermedad Preexistente, siempre y cuando (a) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, y esta se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico; y (b) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Asimismo, en caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierto bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona

designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

Para efectos de este Contrato de Seguro, las Enfermedades Terminales tendrán que cumplir con las siguientes características para considerarse como tales:

a) Infarto al Miocardio:

La necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio) provocada por la reducción de [la luz] de alguna arteria, y que conlleva a una irrigación inadecuada de la parte afectada.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

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

Se procederá al pago de este beneficio cuando:

- El Infarto al Miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos tres primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología.
- El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente, para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

b) Revascularización Coronaria (*By-Pass*) por Cirugía:

Operación quirúrgica con tórax abierto que se utiliza para la corrección del estrechamiento o el bloqueo de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (*Bypass*); ya sean venas o arterias para la revascularización del miocardio.

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

Queda específicamente excluido cualquier otro tipo de tratamiento o intervención (por ejemplo la angioplastia, la trombólisis, los stents, etc.).

c) Accidente Vascular Cerebral:

Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas neurológicas, que duren más de 24 horas y ocasionen como consecuencia una invalidez permanente; se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales y embolia de una fuente extracraneal.

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo certificado por el Consejo Mexicano de Neurología, mínimo seis (6) semanas después del suceso.

d) **Cáncer:**

La presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. Adicionalmente sólo se incluyen leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo.

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

e) **Insuficiencia Renal:**

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis sistemática o el transplante renal.

1.1. Reducción de la Suma Asegurada

En caso de que se haga efectivo el beneficio de Anticipo por Enfermedades Terminales la Suma Asegurada se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

1.2. Exclusiones

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a) El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.**
- b) La adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) Una infección de VIH (SIDA y cualquiera de los padecimientos derivados con esta enfermedad), durante los dos primeros años de acuerdo con las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**

2. Continuidad de la Protección

Para fines de disputabilidad de la Póliza, se reconoce la antigüedad de la Suma Asegurada contratada y sus incrementos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la primera contratación de este seguro, siempre que haya sido renovada cada año por periodos consecutivos continuos. Dicha Suma Asegurada e incrementos no será(n) disputable(s) por Omisiones o Inexactas Declaraciones en la solicitud de seguro, en el cuestionario médico o en todo aquel documento que forme parte de este Contrato de Seguro, durante los dos (2) años siguientes a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza más antigua mencionada.

- a) En el caso de que el Contratante se separe de la empresa o dependencia con la que laboraba a la contratación inicial de este Contrato de Seguro, la Compañía estará obligada

a asegurar en los mismos términos y condiciones a los Asegurados con la Suma Asegurada igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

Para ejercer este derecho, el Contratante deberá presentar su solicitud a la Compañía dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes contados a partir de su separación y de la cancelación de este Contrato de Seguro.

Si el Asegurado cambia a una ocupación de mayor riesgo a la declarada en la última Póliza contratada, la Compañía se reservará el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación y determinar las condiciones de aceptación en caso de procedencia.

- b) En caso de que el Contratante llegara a fallecer dentro de la vigencia de este Contrato de Seguro, los Asegurados tendrán derecho a que, si así lo solicitan dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el deceso, les sea expedida una Póliza en los mismos términos y condiciones con la Suma Asegurada igual o menor a la que se encontraba en vigor, bajo los siguientes supuestos:
 - 1) Si el Plan de Contratación es Individual y el Contratante no es el Asegurado Titular, el Asegurado Titular podrá adquirir el carácter de Contratante. En caso contrario, se dará por terminada la Póliza.
 - 2) Si el Plan de Contratación es Familiar y:
 - a. El Contratante es el Asegurado Titular:
 - i. El Cónyuge deberá de tener el carácter de Asegurado Titular en la nueva Póliza.
 - ii. El Cónyuge podrá asegurar a los Dependientes que se encontraban asegurados en la Póliza, al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.
 - iii. Si no hay figura de Cónyuge, se dará por terminada la Póliza.
 - b. El Contratante no es el Asegurado Titular.
 - i. El Asegurado Titular podrá tener el carácter de Contratante en la nueva Póliza.
 - ii. El Asegurado Titular podrá asegurar al Cónyuge y/o Dependientes que se encontraban asegurados en la Póliza, al momento del fallecimiento del Contratante.

En estos supuestos se respetará la antigüedad adquirida.

3. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo, de acuerdo a lo siguiente:

- a) En caso de que la Suma Asegurada sea por un monto igual o menor a \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), el Beneficiario podrá solicitar a la Compañía un anticipo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por Fallecimiento que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado.

-
- b) En caso de que la Suma Asegurada sea mayor a \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), el Beneficiario podrá solicitar a la Compañía un anticipo hasta por un monto máximo de \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

Lo dispuesto en los numerales anteriores será procedente, siempre y cuando: (i) hayan transcurrido cuando menos dos (2) años contados a partir de (a) la expedición de la Póliza, (b) de su última rehabilitación, o (c) la contratación de incremento de la Suma Asegurada correspondiente, y (ii) el Beneficiario presente la copia certificada o el original del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá el porcentaje (30%) o monto fijo (\$50,000.00 M.N.), según sea el caso, sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario y, el remanente, le será cubierto al Beneficiario una vez que éste presente su reclamación formal a la Compañía.

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

Para el supuesto de ayuda, para últimos gastos de Dependientes menores de doce (12) años a que hace referencia la Cláusula 12 de la Sección V. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales, el monto del anticipo aplicable será el estipulado en el inciso a) de esta cláusula, es decir, se anticipará como máximo el 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada para últimos gastos.

IV. Prima y Obligaciones de Pago

La Prima total anual de la Póliza es la que aparece en la carátula de la Póliza y se integra por la cobertura básica y en su caso por los beneficios adicionales de cada uno de los Asegurados.

La Prima total anual vencerá a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. El Contratante dispondrá de treinta (30) días naturales siguientes a partir de dicha fecha de inicio para efectuar el pago, periodo durante el cual el Contrato de Seguro continuará en pleno vigor.

En el caso de acordarse que el pago de la Prima se realice de manera fraccionada, la Prima correspondiente a cada una de las fracciones deberá ser pagada al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, en el cual el Contratante dispondrá de treinta (30) días naturales siguientes a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la Prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor. Para los pagos subsecuentes, el Contratante deberá efectuar el pago de la Prima al comienzo de vigencia de cada periodo fraccionado.

En ambos casos antes citados, transcurridos los plazos, si el pago a que está obligado el Contratante no se ha realizado, los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente.

Serán pruebas fehacientes del pago de la Prima, las siguientes:

- a) El recibo de pago expedido por la Compañía con el correspondiente sello de la caja autorizado a recibir el mismo.
- b) En caso de que el pago de la Prima se realice por descuento en nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este Contrato de Seguro.
- c) Tratándose del pago con tarjeta bancaria, será el estado de cuenta bancario donde aparezca el cargo correspondiente por el concepto de este Contrato de Seguro.

V. Cláusulas Generales

1. Prescripción

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

Artículo 81

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

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

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

Artículo 82

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

Artículo 84

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

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

2. Omisiones o Inexactas declaraciones

El Asegurado, al llenar la solicitud del seguro, está obligado a declarar por escrito a la Compañía mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba 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 éstos no hayan influido en la realización del siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de dos años de su inicio de vigencia continua o de su última Rehabilitación, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en (i) la solicitud del seguro, (ii) el cuestionario médico o (iii) el resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite algún beneficio adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por la Compañía, dicha cobertura adicional o incremento serán disputables durante los dos (2) primeros años a partir de su solicitud por parte del Contratante. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

4. Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

5. Notificaciones

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

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

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

6. Competencia

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

Para las reclamaciones, en caso de fallecimiento deberán de presentarse dentro del término de cinco (5) años contados, a partir de que se suscite el hecho que le dio origen; para reclamaciones de Anticipo por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

7. Interés Moratorio

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 treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

8. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, por parte del Contratante o de la Compañía, se verificarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

9. Carencia de Restricciones

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

10. Suicidio

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos (2) primeros años de la vigencia continua del Contrato de Seguro, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía pagará solamente el importe de la Prima Neta No Devengada que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de Suma Asegurada y/o inclusión de beneficios adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro original, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que (a) se rehabilite la Póliza, (b) la Compañía acepte el incremento de Suma Asegurada, y/o (c) inclusión de beneficios adicionales.

11. Vigencia del Contrato

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el período pactado entre el Contratante y la Compañía, y que aparece en la carátula de la Póliza.

12. Suma Asegurada

En el Plan Familiar, la Suma Asegurada para cada Dependiente mayor de doce (12) años será el equivalente al 60% (sesenta por ciento) como máximo de la Suma Asegurada del Asegurado Titular. La Suma Asegurada para el Cónyuge, será la misma que le corresponda al Asegurado Titular.

La Suma Asegurada para los Dependientes menores de doce (12) años es una ayuda para últimos gastos, la cual se indica en la carátula de la Póliza y no podrá ser mayor a sesenta (60) UMA vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

13. Renovación

La cobertura y la Prima tendrán una duración de un (1) año y se renovará automáticamente por plazos sucesivos de igual duración hasta la edad de cancelación de la Póliza. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidos en esta Póliza.

14. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que 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 diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VI. Procedimientos

1. Terminación del contrato

La Póliza terminará, sin obligación posterior para la Compañía, por alguna de las siguientes causas:

- 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 doce (12) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) 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 se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación.
- d) Cuando la empresa aseguradora rescinda el Contrato de Seguro por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince (15) días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado (artículo 56 Ley sobre el Contrato de Seguro).

2. Rehabilitación

Cuando los efectos del Contrato de Seguro hubieren cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá rehabilitarlo cuando se cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Presentar la solicitud de rehabilitación por escrito a la Compañía en cualquier momento dentro de la vigencia de la Póliza.
- b) Que el Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) El pago de la Prima correspondiente.

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

3. Cambio de Contratante

Cuando haya cambio de Contratante y éste no cumpla con las condiciones establecidas por la Compañía, ésta podrá rescindir el Contrato de Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (30) días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima No Devengada.

4. 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 treinta (30) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

Con esta notificación, la Compañía se reservará el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación, para poder mantener en vigor la Suma Asegurada de la Póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte que el fallecimiento fue derivado por la agravación del riesgo, como resultado del Cambio de la Ocupación y esta no fue notificada por el Contratante, se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro, devolviéndose las Primas No Devengadas. Lo anterior en términos de los artículos 52, 53, y 54 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

5. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación.

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

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza y será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

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

En el caso de contratar el Plan Familiar, la designación de Beneficiarios deberá ser recíproca, entre los integrantes del grupo familiar, conforme a los términos del artículo 159 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

6. Incremento Automático de Suma Asegurada (Opcional)

El Contratante podrá optar por el beneficio de incrementar la Suma Asegurada de manera automática en cada aniversario de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor anual (INPC). Este incremento será anual y se determinará de acuerdo al INPC anual del cual se tenga conocimiento tres (3) meses antes del aniversario de la Póliza. El costo del beneficio actualizado corresponderá a la tarifa vigente en la fecha de renovación.

Los beneficios adicionales que contenga la Póliza se incrementarán en la misma proporción.

7. Incremento no Programado de Suma Asegurada

En cualquier momento, siempre y cuando no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales o por Pérdidas Orgánicas, el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada. La Compañía tendrá el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que determine y la aceptación estará sujeta a las políticas de suscripción de la misma. Todos los incrementos de Suma Asegurada solicitados por el Contratante en fecha posterior al inicio de vigencia, estarán sujetos a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio a partir de su otorgamiento.

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

Los beneficios adicionales que contenga la Póliza se incrementarán en la misma proporción que el incremento del plan básico.

8. Pago del Seguro

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas, correspondientes a las coberturas contratadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos, que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

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

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la Póliza, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones de liquidación:

- a) Pago Único: la Compañía paga la Suma Asegurada en una sola exhibición.
- b) Cualquier opción de liquidación para recibir las coberturas, que elija el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación de la Póliza, puede ser cambiada, siempre y cuando se le notifique por escrito a la Compañía en el inicio o renovación de la Póliza y antes de que se liquide cualquier monto pagadero.

VII. Artículos Citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo. 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- - Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro..

Artículo 54.- Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

Artículo 56.- - Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 159.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Artículo 169.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma

Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

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

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

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y 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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

VIII. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de junio de 2010, con el número CNSF-S0048-0502-2009 / CONDUSEF-002108-01.

IX. Abreviaturas

DIPOC Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva.

INPC Índice Nacional de Precios al Consumidor.

PAI Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente.

UMA Unidad de Medida y Actualización. Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la unidad especializada de nuestra Compañía en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 7663 (opción 1) y desde la Cd. de México 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx; o bien, comunicarse a CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México CDMX C.P 03100 - Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx