

Vida

Descubre la dicha de verlos crecer

Protección Efectiva

Condiciones Generales

Condiciones • Generales

Contenido	Página

I. Objeto del Seguro 4

II. Leyes aplicables 4

III. Definiciones 4

1. Accidente 4
2. Asegurado 4
3. Beneficiario 4
4. Compañía 5
5. Contratante 5
6. Enfermedad Preexistente 5
7. Invalidez Total y Permanente 5
8. Muerte Accidental Conjunta 5
9. Periodo de Espera 5
10. Póliza o Contrato de Seguro 5
11. Prima 5
12. Siniestro 6
13. Suma Asegurada 6
14. UMA 6
15. Período de Gracia 6

IV. Descripción del Seguro 6

1. Cobertura por Fallecimiento 6
2. Cobertura por Invalidez Total y Permanente 6
3. Cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente 8

V. Procedimientos 10

1. Incremento automático de la Suma Asegurada 10
2. Incremento no programado de la Suma Asegurada 10
3. Cancelación de los incrementos de la Suma Asegurada 10
4. Reinstalación de incremento de la Suma Asegurada 10
5. Disminución de la Suma Asegurada 10

Condiciones • Generales

VI. Beneficios incluidos **11**

1. Muerte Accidental Conjunta 11
2. Anticipo por Fallecimiento 11
3. Anticipo por Enfermedades Terminales 11

VII. Cláusulas generales **15**

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

VIII. Artículos citados **22**

IX. Registro **29**

X. Servicios de Asistencia **30**

1. Disposiciones previas 30
2. Definiciones 30
3. Asistencia tu Médico 24 horas 30
4. Descuentos y Precios Preferenciales 31
5. Asistencia Funeraria 31

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

Protección Efectiva

Seguro temporal de Vida

Condiciones Generales

I. Objeto del Seguro

Seguro de vida temporal a un año renovable automáticamente, mediante el cual la Compañía se obliga, a cambio del pago de la Prima por parte del Asegurado, a indemnizar la Suma Asegurada alcanzada de las siguientes coberturas:

1. Fallecimiento
2. Invalidez Total y Permanente
3. Pérdida Orgánica por Accidente

Con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio, la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la Ley del Impuesto sobre la Renta y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

III. Definiciones

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

1. Accidente
Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, ajena a la voluntad del Asegurado, que produce lesiones corporales e incluso la muerte.

2. Asegurado
La persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

3. Beneficiario
Es la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del Seguro por fallecimiento (indemnización).

En caso de proceder la indemnización de las coberturas de Invalidez Total y Permanente y la de Pérdida Orgánica por Accidente, se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

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

5. Contratante
Persona física que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en este se estipulan.

6. Enfermedad Preexistente
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:

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

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

a) El hecho que el Asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca una enfermedad que lo imposibilite para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro que pudiere producirle remuneración o utilidad para el resto de su vida apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social.
b) También se considerará Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, de las dos manos o de los dos pies, o la pérdida conjunta de una mano y un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida:
    1) De una mano, su separación absoluta o pérdida irreparable de la función, desde la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo).
    2) De un pie, su separación absoluta o pérdida irreparable de la función de la articulación del tobillo o arriba de él (hacia la pierna).
    3) De la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.

8. Muerte Accidental Conjunta
Se entenderá como tal el fallecimiento del Asegurado y de su cónyuge a consecuencia de un mismo Accidente siempre que la muerte de ambos suceda dentro de los 180 (ciento ochenta) días naturales siguientes a la ocurrencia del Accidente.

9. Periodo de Espera
Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido al Asegurado y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

10. Póliza o Contrato de Seguro
Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de Seguro, así como la carátula de la Póliza, las condiciones generales, los endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cualquier formato de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

11. Prima
Es el costo anual del Seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada de las coberturas contratadas y la edad del Asegurado.

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

13. Suma Asegurada
Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Asegurado y por el cual estará protegido por cada una de las coberturas contratadas, incluyéndose 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 o en los endosos correspondientes.

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

15. Período de Gracia
Plazo máximo que tiene el Contratante para pagar la prima correspondiente, el cual será de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del inicio de vigencia del recibo correspondiente al periodo facturado.

IV. Descripción del Seguro

1. Cobertura por Fallecimiento
La Compañía indemnizará a los Beneficiarios designados si el fallecimiento del Asegurado ocurriera dentro de la vigencia de la Póliza.

Los rangos de edad de contratación de esta cobertura están dados por:

Edad mínima	Edad máxima	Edad máxima de renovación
18	65	75 años

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

a) Con el pago de la indemnización de la cobertura por Fallecimiento.
b) Al vencimiento del aniversario de la Póliza en que el Asegurado cumpla la edad de 76 (setenta y seis) años.

2. Cobertura por Invalidez Total y Permanente
La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura, una vez transcurrido un Periodo de Espera de 6 (seis) meses contados a partir de que una institución o médico especialista dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente al Asegurado.

En caso de que, como consecuencia de la Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado, este quede imposibilitado para recibir el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, el pago correspondiente se entregará al Beneficiario designado para la Cobertura Básica.

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando la edad del Asegurado se encuentre dentro de los rangos de edad de contratación definidos a continuación:

Edad mínima	Edad máxima	Edad máxima de renovación
18	65	70

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente
A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y, en el caso de la Compañía notifique la improcedencia de un estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y 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.

Exclusiones de la cobertura por Invalidez Total y Permanente
No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

a) Que se origine por la participación del Asegurado en:
1. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
2. **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
3. **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.**
4. **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
5. **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.**

b) Por los siguientes eventos:
1. **Cualquier intento de suicidio.**
2. **Mutilación voluntaria.**
3. **Lesiones que se provoque el Asegurado.**
4. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
5. **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.**
6. **Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**

c) Por Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Terminación de la cobertura por Invalidez Total y Permanente
Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

a) Una vez que la Compañía hubiera indemnizado al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
b) Al vencimiento del aniversario Póliza en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
c) Con la indemnización de la cobertura por fallecimiento.

3. Cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente

La Compañía indemnizara en una sola exhibición el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura, si el Asegurado llegara a sufrir alguna Pérdida Orgánica a consecuencia de un Accidente de acuerdo con la tabla de indemnización que a continuación se presenta:

Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
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%

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado conforme a la tabla anterior y hasta 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada, por cualquier Pérdida Orgánica que sufra en uno o más Accidentes durante la vigencia de esta Póliza, siempre y cuando la Pérdida Orgánica suceda dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia de cada Accidente y la Póliza no se encuentre cancelada por falta de pago. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Esta cobertura se cancelará automáticamente una vez agotada la Suma Asegurada. **No existe reinstalación de Suma Asegurada.**

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá a la Suma Asegurada en estas coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos, varias de las pérdidas cubiertas

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando la edad del Asegurado se encuentre dentro de los rangos de edad de contratación definidos a continuación:

Edad mínima	Edad máxima	Edad máxima de renovación
18	65	70

Exclusiones de la cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente

La cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente no aplica en los siguientes casos:

a) Accidentes originados por la participación del Asegurado en:
1. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
2. **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
3. **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.**
4. **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
5. **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.**

b) Por los siguientes eventos:
1. **Enfermedad física o mental.**
2. **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
3. **Mutilación voluntaria.**
4. **Lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por 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.**
5. **Lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado estando bajo la influencia de cualquier tipo de droga, enervante, estimulante o substancia similar, excepto que hayan sido por un médico.**
6. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
7. **Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**

c) Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

a) Cuando la Compañía hubiera indemnizado al Asegurado por Pérdida Orgánica por Accidente y la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura se hubiere agotado.
b) Al vencimiento del aniversario Póliza en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
c) Con la indemnización de la cobertura por fallecimiento.

V. Procedimientos

1. Incremento automático de la Suma Asegurada

La Suma Asegurada se aumentará, hasta el límite establecido por la Compañía, de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), este será anual y se determinará el 1º (primero) de enero de cada año o del que se tenga conocimiento 3 (tres) meses antes del aniversario de la Póliza, tomando como base la opción elegida por el Asegurado, sobre Suma Asegurada alcanzada.

Los aumentos así pactados se harán en cada fecha de aniversario del inicio de vigencia de la Póliza, sin necesidad de examen médico. La Compañía dará aviso al Asegurado de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual estará en función a la edad alcanzada del Asegurado y se calculará de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este procedimiento es opcional.

2. Incremento no programado de la Suma Asegurada

En cualquier momento el Asegurado podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada hasta el límite establecido por la Compañía.

En caso de aceptar el incremento, la Compañía dará aviso al Asegurado de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual estará en función a la edad alcanzada del Asegurado y se calculará de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3. Cancelación de los incrementos de la Suma Asegurada

Dejarán de otorgarse los incrementos automáticos y no programados de la Suma Asegurada al suceder cualquiera de los siguientes casos:

a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
b) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido la indemnización de la cobertura por Invalidez Total y Permanente.
c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido la indemnización de la cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente.
d) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el pago del Anticipo por enfermedades terminales.
e) A petición del Asegurado, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

4. Reinstalación de incremento de la Suma Asegurada

En caso de que a petición expresa del Asegurado se hubieran suspendido los incrementos a que hace referencia la cláusula Incremento Automático de la Suma Asegurada, podrán reinstalarse siempre y cuando se presente por escrito a la Compañía una solicitud de reinstalación del incremento.

El incremento automático se otorgará en el aniversario siguiente a la fecha de la reinstalación. La fecha en la que se hubiera reinstalado el incremento de Suma Asegurada se tomará como base para efecto de las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio.

5. Disminución de la Suma Asegurada

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado podrá solicitar por escrito disminuciones en el importe de su protección, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía. La nueva Prima estará en función a la edad que el Asegurado haya alcanzado en el inicio del aniversario en el que aplicará el movimiento.

La disminución de Suma Asegurada procederá siempre que esta se solicite con anterioridad a la fecha de pago.

VI.Beneficios incluidos

1. Muerte Accidental Conjunta

En caso de ocurrir la Muerte Accidental Conjunta, la Compañía indemnizará adicionalmente a la Suma Asegurada por fallecimiento, la cantidad de $50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

2. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar un anticipo a la Compañía. La Compañía deducirá el anticipo sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario.

El pago del anticipo de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento podrá cubrirse al Beneficiario de la siguiente manera:

a) Pago por la cantidad de $25,000 M.N. (Veinticinco mil pesos 00/100 M.N.).

El Beneficiario que solicite el pago del anticipo deberá entregar copia de su identificación oficial, copia simple del certificado de defunción del Asegurado, y de la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario, en caso de que cuente con ellos.

Este anticipo se otorgará después de haber transcurrido 90 (noventa) días del inicio de vigencia de la Póliza.

En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

3. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades terminales:

a) Infarto al Miocardio.
b) Enfermedad Coronaria Obstructiva.
c) Accidente Vascular Cerebral.
d) Cáncer.
e) Insuficiencia Renal.

Siempre y cuando se cumpla la condición de haberse originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y como consecuencia se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser documentada y dictaminada por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Además de las enfermedades terminales aquí citadas, cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal –es decir, progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses– para ser cubierta por este beneficio, su diagnóstico correspondiente deberá constar por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, fechado y firmado.

Adicional al dictamen presentado, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer la base de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar por su médico tratante (especialista en la materia) la enfermedad terminal, mismos que la Compañía evaluará con un médico también especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión. En caso de

determinarse la improcedencia de la enfermedad terminal, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir con ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará 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.

a) Período de Espera
Deberán transcurrir al menos 3 (tres) meses continuos e ininterrumpidos entre la fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y el diagnóstico de Enfermedad Terminal, emitido por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Indemnización del beneficio.
La Compañía pagará el Anticipo por Enfermedad Terminal si se cumplen las siguientes condiciones:

- Qué la Póliza se encuentre vigente al momento del diagnóstico del estado de Enfermedad Terminal.
    1. Que en caso de que el Asegurado hubiere designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
    2. Se cumpla con el Período de Espera establecido en el punto a) anterior.
    3. Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal; es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable que su fallecimiento ocurra dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Enfermedad Terminal, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico, legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y la especialidad correspondiente. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

La cantidad que por este beneficio se pague no podrá ser mayor a 5 (cinco) veces el valor anual de la UMAal momento del pago. Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una Enfermedad Terminal y por única ocasión.

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

a) Infarto al Miocardio
Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (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.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:
1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardiacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:
1. El Infarto al Miocardio 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.

2. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
3. Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

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.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardiaco).
3. Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva 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.
2. Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluido un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, se especifique el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c) Accidente Vascular Cerebral

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 determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La evidencia del daño neurológico permanente sea confirmad por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después el incidente.

2. Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluido un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, se especifique el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

d) Cáncer

Para efectos de este beneficio, se entenderá como Cáncer: la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, teniendo la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario; para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluido un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) Insuficiencia Renal

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre a la Compañía el estado de enfermedad terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluido un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

En cualquier caso de Enfermedad Terminal la Compañía se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con la Enfermedad Terminal.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada alcanzada 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 terminales por única ocasión.

Exclusiones

Queda excluido el pago del anticipo por enfermedades terminales cuando se deriven de los siguientes supuestos:

a) **El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.**
b) **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
c) **Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años o solicitud de incremento de Suma Asegurada, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**
d) **Diagnóstico de una condición de Enfermedad Terminal preexistente con pronóstico a ser desarrollada durante la vigencia de la Póliza.**

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

VII. Cláusulas generales

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Asegurado y la Compañía, que aparece en la carátula de la Póliza, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la Prima.

2. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrán 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 su consentimiento personal y el de su representante legal, de acuerdo con el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará el beneficio 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 por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del Seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y 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 que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica 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.

Las partes pueden optar por el pago de la Prima anual o 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 plazo de 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia en el caso de pago anual o siguientes al inicio del período en el caso de pago fraccionado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Lo anterior de acuerdo de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito, 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 del pago electrónico del banco emisor. En los casos de pago de Prima mediante cargo automático a Tarjeta de Crédito o Débito, el Asegurado deberá verificar que se realizó el cargo correspondiente, en caso contrario podrá efectuar el pago de la Prima a través de los medios antes citados.

4. Moneda

Todos los valores del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada, y Primas estarán denominados en Moneda Nacional.

El pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso correspondan serán liquidados en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse el pago.

5. Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

6. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última rehabilitación, en caso de existir omisiones o inexactas declaraciones contenidas en (i) la solicitud del Seguro, o (ii) 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 Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada tales coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 (dos) años a partir su inicio de vigencia. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que el resto de la Póliza.

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y/o Asegurado, 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 los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

8. Notificaciones

La comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la Carátula de la Póliza o a través del correo electrónico que el cliente proporcionó en la solicitud de Seguro.

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 o correo electrónico que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación

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

En caso de que la nueva ocupación notificada por el Asegurado sea de las que enseguida se enlistan, la Compañía rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro, devolviendo las Primas no devengadas: agente de seguridad, secreto y guardaespaldas; policía de cualquier corporación o dependencia sea gubernamental o privada; militar; empleado de PGR, PGI, AFI, PFP; piloto, personal de tripulación y pasajero, excepto de aviación comercial; chofer u operador transportista de materiales inflamables, explosivos o tóxicos; minero subterráneo; obrero con uso de material explosivo y personal en plataformas marinas; despachador de autotanques (pipas) de gasolina y gas; brigadista, rescatista y socorrista; buzo; actor y doble; fotógrafo aéreo; acróbata en el aire y en motocicleta; boxeador; corredor de autos, motocicletas y caballos; tauromaquia en general; domador de animales peligrosos; gobernador, presidente municipal, secretario de seguridad o de estado, practicante de charrería, cacería, vuelos ultraligeros o alpinismo.

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 ocupación y esta no fue notificada por el Asegurado, se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro, devolviendo las Primas no devengadas. Lo anterior en términos de los artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

10. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 90 (noventa) días de la cancelación y se encuentre dentro de plazo de Seguro. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

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

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

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía no pagará la cobertura por Fallecimiento.

En caso de haberse cubierto el Anticipo por enfermedad terminal dentro del plazo de 2 (dos) años a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante de la cobertura por Fallecimiento no se cubrirá al(los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

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

12. Comprobación del Siniestro

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

a) Póliza original, en caso de no tenerla anexar carta en la que se explique el motivo.
b) Solicitud de reclamación.
c) Acta de defunción.
d) Dictamen médico en donde se determinen las causas que dieron lugar la enfermedad, el Accidente o la invalidez.
e) Identificación y comprobante de domicilio del Beneficiario.

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

13. Verificación de Edad

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

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

Si al momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado conforme lo establece el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

14. Pago del Seguro

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

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

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 compensados de la liquidación correspondiente.

15. 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 presentada, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que los haya recibido, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

16. 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.

17. 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. Lo anterior en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

18. 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 Condusef, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, debido al 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.

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 (UNE)

- Dirección: Félix Cuevas 366, Piso 3, Col. Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.
- Teléfono 800 633 9648 para aclaraciones y 800 900 1292 para dudas.
- Página web: axa.mx
- Correo electrónico: axasoluciones@axa.com.mx

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

Contacte a Condusef

- Dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, México.
- Teléfono 800 999 8080 en territorio nacional y 55 5340 0999 en la Ciudad de México.
- Página web: www.condusef.gob.mx

Registro electrónico de comentarios: asesoría@condusef.gob.mx

19. Terminación del Contrato de Seguro

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

a) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía al momento de presentar la solicitud de cancelación la Compañía entregará al Contratante, previa identificación de este, el acuse de recibo correspondiente.
b) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
c) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.

d) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
e) Por falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce horas) del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, el Contrato de Seguro cesará automáticamente sus efectos.

20. Revelación de Comisiones

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

21. Entrega de la documentación contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del Seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que al Contratante desee consultar o requiera un duplicado de su Póliza, podrá descargar las condiciones generales de 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 al Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

22. Renovación

Este contrato podrá renovarse por períodos de un año, salvo que el Asegurado notifique a la Compañía instrucción en contrario; la renovación la realizará en los mismos términos y condiciones.

En cada renovación se respetará la antiguedad del Asegurado con la Compañía. Las primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de la 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 establecidas en este Contrato de Seguro.

VIII. Artículos Citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
Cuando se proponga un Seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.	Art. 10
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.	Art. 25
En los Seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el Asegurado optare por cubrir la Prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del período que comprenda.	Art. 37
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. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los Seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 40
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.	Art. 47
El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
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.	Art. 53
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.	Art. 54
Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.	Art. 66
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70

El crédito que resulte del contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	Art. 71
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.	Art. 76
Todas las acciones que se deriven de un contrato de Seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los Seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago.	Art. 84
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Art. 169
Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato; II. Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con el esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con el la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	Art. 172
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.	Art. 176

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 50 Bis
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.	Art. 65
La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento	Art. 66
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.	Art. 68

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;	Art. 68

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.	Art. 68

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	
La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente: I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte; II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios; III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico. El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio. La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.	Art. 214
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 el 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;	Art. 276

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición; VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes; VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros,salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de Seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.	Art.276

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

IX. 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 13 de octubre de 2021 con el número CNSF-S0048-0247-2021 / CONDUSEF-004971-03.

X. Servicios de Asistencia

1. Disposiciones previas

La Compañía será responsable por los Servicios de Asistencia que serán proporcionados por un tercero, y aplican únicamente para la República Mexicana.

El proveedor de servicio podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y precios preferenciales.

Para recibir estos servicios el Asegurado se deberá comunicar al número telefónico que determine la Compañía y proporcionar los siguientes datos:

- Nombre completo y número de póliza.
- Domicilio completo y datos generales.

Estos servicios podrán utilizarse solo si la Póliza se encuentra en vigor y se ha pagado el(los) recibos(s) correspondiente al año en curso.

La vigencia de estos Servicios de Asistencia iniciará la fecha de Inicio de la Póliza del Seguro contratado.

2. Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para los Servicios de Asistencia descritos en esta sección:

a. Enfermedad o Padecimiento
   Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite un tratamiento médico o quirúrgico.
   Las alteraciones, Enfermedades o Padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones o secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad o Padecimiento.

b. Representante
   Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.

c. Residencia Permanente
   El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza del Seguro de Vida contratado.

d. Servicios de Asistencia
   Los Servicios de Asistencia que se gestionan al Asegurado en términos de estas condiciones generales, para los casos de Situación de Asistencia.

e. Situación de Asistencia
   Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

3. Asistencia tu Médico 24 horas

Estos servicios se hacen extensivos a los familiares directos del Asegurado, siendo Beneficiarios de estos servicios su cónyuge, hijos menores de 25 (veinticinco) años o a sus padres.

a. Orientación Médica Telefónica las 24 Horas del Día
   Orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, sin costo y sin límite de eventos, sobre problemas médicos menores, para atender síntomas y molestias, dudas con relación a la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiere la presencia de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, es responsabilidad del Asegurado su aplicación y seguimiento. En ningún caso se emitirá una prescripción médica.

b. **Consultas Médicas a Domicilio**
Se otorgará, a criterio del Prestador en convenio y a solicitud del Asegurado o Beneficiario de los Servicios de Asistencia, la presencia de un médico para la valoración del Asegurado o Beneficiario, gestionándose el envío de un médico a su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo dentro del territorio nacional. El Asegurado Titular o Beneficiario pagará directamente al médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta.

c. **Traslado Médico de Emergencia**
Si el Asegurado o Beneficiario sufren un Accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado que elija el Asegurado o Beneficiario dentro del territorio nacional; si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado bajo supervisión médica en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según la gravedad y circunstancias de cada caso.

Este traslado se otorgará 2 (dos) veces por cada aniversario de la Póliza. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado Titular o Beneficiario deberá cubrir los gastos, con precios preferenciales.

El costo de la atención médica y hospitalaria elegida por el Asegurado o Beneficiario derivada de una emergencia deberá ser cubierto por el Asegurado o la familia.

4. Descuentos y Precios Preferenciales

a) **Referencia Médica**
En caso de que el Asegurado Titular o Beneficiario sufra un Accidente o enfermedad; la Compañía, a través de un proveedor en convenio, lo referirá con médicos generales o especialistas en convenio, la elección del médico será a cargo del Asegurado o Beneficiario. Las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel de especialidad tienen precios preferenciales de acuerdo con las plazas donde se proporcione este servicio.

b) **Referencia de Laboratorios Clínicos**
El Asegurado o Beneficiario podrá obtener referencias de laboratorios en convenio con precios preferenciales.

c) **Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen**
El Asegurado o Beneficiario podrá obtener referencias de estudios de gabinete en convenio con precios preferenciales.

d) **Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio**
El Asegurado o Beneficiario podrá solicitar en su domicilio o en el lugar donde se encuentre la presencia de un(a) enfermero(a) en convenio para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes, con precios preferenciales, de acuerdo con las plazas donde se proporcione este servicio.

e) **Referencia de Ópticas**
El Asegurado o Beneficiario podrá obtener referencias de ópticas en convenio con precios preferenciales.

f) **Referencia de Farmacias**
El Asegurado Titular o Beneficiario podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en la red de farmacias que determine el proveedor.

5. Asistencia Funeraria

El servicio de Asistencia Funeraria únicamente cubre los honorarios del abogado que lo brinda. Por medio de esta Asistencia no se cubrirán los pagos que se deban hacer a las autoridades correspondientes por la obtención de permisos, autorizaciones, certificado y/o acta de defunción.

6. Exclusiones

No se brindarán los Servicios de Asistencia en los siguientes casos:

a) **Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes del inicio de vigencia de la Póliza o tras el término de la vigencia de esta, no dan derecho a los Servicios de Asistencia, aun en los casos de cancelación por falta de pago de las Primas del Asegurado.**

b) **La Familia o Representante del Asegurado no tendrán derecho a ser reembolsados por ningún gasto que hubieran erogado por cualquiera de los conceptos que se mencionan en estos Servicios de Asistencia.**

c) **Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de la participación del Asegurado en:**

1. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
2. **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
3. **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.**
4. **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
5. **Eventos o actividades de práctica 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.**
6. **Eventos o actividades derivados de práctica profesional tales como: futbol, baloncesto y balonmano de competición, así como en cualquier caso de los derivados del ejercicio de los siguientes: boxeo y cualquier otro tipo de lucha corporal, excepto judo; deportes aéreos, incluido paracaidismo, deportes acuáticos a más de 3 (tres) kilómetros de la orilla costa; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo.**
7. **La práctica o participación en competiciones hípicas, carreras de moto, carreras de automóviles, alpinismo, escalada, espeleología, inmersiones submarinas a profundidades superiores 25 (veinticinco) metros, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato similar, descenso en paracaídas no exigidos por la situación del aparato y cualquier otra clase de deporte actividad que entrañe, por su especialidad, un riesgo para la integridad física del menor.**

d) Por los siguientes eventos:

8. **Cualquier intento de suicidio.**
9. **Mutilación voluntaria, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
10. **Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
11. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
12. **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.**

e) Situaciones de Asistencia derivadas de:

1. **Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**



Llámanos sin costo

800 900 1292

axa.mx

VI-323 • OCTUBRE 2021

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

Derechos del Asegurado

Conoce los derechos que tienes como Contratante, Asegurado o Beneficiario.

Al contratar tu seguro puedes:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro que se identifique contigo.



- Conocer el importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro.



- Recibir la información completa acerca de los términos, condiciones y exclusiones de tu seguro, las formas de conversar y dar término a la cobertura y la vigencia de tu Póliza.



- Si te practicas un examen médico para la contratación de tu Póliza, AXA no podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad o padecimiento relacionado al tipo de examen practicado.



En caso de siniestro:



- Debes recibir los beneficios contratados en tu Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aun si no has pagado la prima durante este periodo. Sujeto a las condiciones generales.

- En caso de retraso en el pago de la suma asegurada, podrás recibir una indemnización, de acuerdo a la legislación vigente.

- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación sin costo ante AXA por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

- En caso de que hayas presentado una reclamación ante la Condusef y no se sometan las partes al arbitraje, podrás solicitar a dicha comisión un dictamen técnico.

- Conocer, a través de la Condusef, si eres beneficiario en una Póliza de seguro de vida por medio del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

Si tienes alguna queja

Comunícate a la **Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)**:
Teléfono: **5169 2746** (opción 1) o 01 800 737 7663 (opción 1)
Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México,
en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.
En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.
Escríbenos a **axasoluciones@axa.com.mx** o ingresa a **axa.mx/web/servicios-axa/quejas**

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 28 de marzo de 2018, con el número CGEN-S0048-0007-2018/CONDUSEF G-00994-001.