



Vida

Multiplica el bienestar

DuoProtect

Condiciones Generales

Contenido	Página
I. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Anquilosis	7
3. Asegurado	7
4. Beneficiario	7
5. Compañía	7
6. Contratante	7
7. Enfermedad Preexistente	8
8. Invalidez Total y Permanente	8
9. Pérdida Orgánica	8
10. Periodo de Espera	9
11. Póliza o Contrato de Seguro	9
12. Prima	9
13. Pruebas de Asegurabilidad	9
14. Siniestro	9
15. Suma Asegurada	9
16. UMA	9
II. Objeto del seguro	10
III. Leyes aplicables	10
IV. Descripción del seguro	10
1. Cobertura Fallecimiento	10
a. Edades de aceptación	10
b. Terminación de la cobertura	10
2. Cobertura por Invalidez Total y Permanente	11
a. Edades de aceptación	11
b. Periodo de Espera	11
c. Indemnización de la cobertura	11
d. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	11
e. Exclusiones de la cobertura	12
f. Terminación de la cobertura	13

3. Cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente	13
a. Edades de aceptación	13
b. Indemnización de la cobertura	14
c. Exclusiones de la cobertura	14
d. Terminación de la cobertura	15
V. Beneficios incluidos	15
<hr/>	
1. Anticipo por Fallecimiento	15
2. Anticipo por enfermedades terminales	16
a. Descripción	16
b. Periodo de Espera	16
c. Indemnización del beneficio	17
d. Comprobación de enfermedad terminal	17
e. Exclusiones del beneficio	20
VI. Cláusulas generales	20
<hr/>	
1. Vigencia	20
2. Designación de Beneficiarios	20
3. Pago de la Prima	21
4. Moneda	22
5. Corrección del Contrato de Seguro	22
6. Indisputabilidad	22
7. Omisiones o Inexactas Declaraciones	22
8. Notificaciones	23
9. Cambio de Ocupación	23
10. Renovación	23
11. Carencia de Restricciones	24
12. Suicidio	24
13. Comprobación del Siniestro	24
14. Verificación de Edad	25
15. Pago del Seguro	25
16. Intereses Moratorios	25
17. Impuestos	26
18. Prescripción	26
19. Competencia	26
20. Terminación del Contrato de Seguro	26
21. Revelación de Comisiones	27
22. Entrega de la Póliza	27

Condiciones • Generales

VII. Listado de abreviaturas

27

VIII. Artículos citados

28

IX. Registro

35

X. Anexo

36

DuoProtect

Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Accidente

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

2. Anquilosis

Fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

3. Asegurado

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

4. Beneficiario

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 la cobertura por Invalidez Total y Permanente y la de Pérdida Orgánica por Accidente así como la indemnización de anticipo por enfermedades terminales se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

5. 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 (los) Asegurado(s) incluido(s) en la Carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este.

6. Contratante

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

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado.

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

7. 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 haya sido diagnosticada por un médico.

8. Invalidez Total y Permanente

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

- a. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Asegurado para desempeñar su trabajo habitual por el resto de su vida, como consecuencia de:
 - 1) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta,
 - 2) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
 - 3) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- b. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de:
 - 1) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta,
 - 2) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
 - 3) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Se entenderá por:

- 1) **Pérdida de una mano:** su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de esta.
- 2) **Pérdida de un pie:** su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de este.
- 3) **Pérdida de la vista de un ojo:** la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.
- 4) **Anquilosis:** fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

9. Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

- a) La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de esta.
- b) La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de este.

-
- c) La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de cuando menos dos falanges de la misma mano.
 - d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

10. Periodo de Espera

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

11. 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(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la Carátula de la Póliza, las condiciones generales, los endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

12. Prima

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

13. Pruebas de Asegurabilidad

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

14. Siniestro

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

15. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el (los) Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por cada una de las coberturas contratadas. Lo anterior se hará constar en la Carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

La Suma Asegurada de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, y Pérdida Orgánica por Accidente será la misma que la de la cobertura por Fallecimiento.

16. UMA

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

II. 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 contratada 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.

III. Leyes aplicables

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

IV. Descripción del seguro

Las siguientes coberturas se contratan de manera conjunta; tratándose de la cobertura de Invalidez Total y Permanente y Pérdida Orgánica por Accidente estas comparten Suma Asegurada, es decir, que al ocurrir alguno de los riesgos cubiertos en una de ellas, la otra cobertura se da por terminada.

1. Cobertura Fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada de esta cobertura en una sola exhibición, o en 2 (dos) exhibiciones en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

La Suma Asegurada, Prima, Plazo del Seguro y Plazo de Pago, estarán especificados en la Carátula de la Póliza.

a. Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para la cobertura básica son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 99 (noventa y nueve) años de edad.

b. Terminación de la cobertura

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

- 1) Al efectuar el pago de la indemnización de esta cobertura.
- 2) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 99 (noventa y nueve) años de edad.

2. Cobertura por Invalidez Total y Permanente

En el caso de que al Asegurado le sea dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente, y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía le indemnizará con la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Una vez determinada la procedencia de la cobertura por Invalidez, el Asegurado ya no podrá solicitar la contratación de nuevas coberturas.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado en virtud de su capacidad económica.

a. Edades de aceptación

Las edades de aceptación son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad.

b. Periodo de Espera

Para que esta cobertura opere deberá transcurrir un Periodo de Espera continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses, contados a partir de que una institución o médico especialista dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente. Durante dicho periodo el Asegurado deberá continuar con el pago de la Prima.

El Periodo de Espera mencionado en el párrafo anterior es el tiempo necesario para determinar la procedencia de la Invalidez Total y Permanente. Este periodo solo aplica para el inciso a. de la definición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez durante el Periodo de Espera antes descrito, esta cobertura no surtirá efecto.

c. Indemnización de la cobertura

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada vigente si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1) Que el estado de Invalidez Total y Permanente sea dictaminado durante la vigencia de esta cobertura.
- 2) Que haya transcurrido el Periodo de Espera fijado para esta cobertura.

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 de Fallecimiento.

d. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

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

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

El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

e. Exclusiones de la cobertura

No se cubrirá la Invalidez Total Y Permanente:

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

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

2) Por los siguientes eventos:

- a) **Cualquier intento de Suicidio.**
- b) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- c) **Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos últimos tres fueron prescritos por un médico.**
- d) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- e) **Por exposición o radiaciones atómicas o derivadas de estas.**
- f) **Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**

3) Por estados de invalidez generados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza conforme a lo establecido en el artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4) Estados de Invalidez que se originen cuando esta Póliza haya sido convertida a Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

f. Terminación de la cobertura

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

- 1) El Pago de la Indemnización de esta Cobertura.
- 2) Por falta de pago de Primas de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3 del apartado Cláusulas generales de este Contrato.
- 3) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (sesenta) años de edad.
- 4) El pago de la indemnización de la cobertura de Pérdida Orgánica por Accidente.

3. Cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado llega a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición, por concepto de indemnización, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada por esta cobertura señalada en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de	Porcentaje de la SA
Ambas manos, 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%
En índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufre, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas en la presente cobertura. No existe reinstalación de Suma Asegurada.

a. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad. Esta cobertura terminará al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad.

b. Indemnización de la cobertura

La indemnización para esta cobertura se pagará siempre y cuando:

- 1) La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento de la pérdida orgánica, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3 del apartado Cláusulas generales de este Contrato.
- 2) La edad del Asegurado esté dentro de las edades de aceptación para esta cobertura al momento de la pérdida orgánica.
- 3) La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se entregará al propio Asegurado.

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

c. Exclusiones de la Cobertura

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

1) Pérdida Orgánica por Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente el Asegurado viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.**
- d) **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Eventos o actividades de práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2) Pérdida Orgánica por Accidentes originados por los siguientes eventos:

- a) **Enfermedad física o mental.**
- b) **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**

-
- d) **La ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando estos últimos tres fueron prescritos por un médico.**
 - e) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - f) **Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente, como consecuencia del mismo.**
- 3) Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**

d. Terminación de la cobertura

La cobertura de Pérdida Orgánica por Accidente se cancelará en el momento en que se presente cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad.
- 2) Al término del plazo de seguro.
- 3) Cuando la Compañía hubiera indemnizado al Asegurado por Pérdida Orgánica por Accidente y la Suma Asegurada contratada de esta cobertura se hubiere agotado.
- 4) Por falta de pago de Primas, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3 del apartado Cláusulas generales de este Contrato.
- 5) Con el pago de la indemnización de la cobertura por Invalidez Total y Permanente.

V. Beneficios incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por una cantidad máxima de \$25,000.00 M.N (veinticinco mil pesos 00/100 M.N.) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio.

Este Anticipo por Fallecimiento será procedente, siempre y cuando:

- a. Hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza.
- b. El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su identificación oficial por ambos lados y de la Carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario en caso de que cuente con ella. El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del Siniestro toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que a este corresponda sobre la cobertura de Fallecimiento no sea menor al importe del anticipo que la Compañía conviene pagar bajo la presente cláusula. En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, este se otorgará en la proporción que corresponda de acuerdo con la designación efectuada por el Asegurado.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada contratada de la cobertura por Fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado y el resto de las Coberturas se cancelan.

2. Anticipo por enfermedades terminales

a. Descripción

La Compañía anticipará al Asegurado el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada vigente de la cobertura de Fallecimiento, sujeto a la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que se le diagnostique al Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, alguna de las siguientes Enfermedades Terminales:

- 1) Infarto al miocardio
- 2) Enfermedad coronaria obstructiva
- 3) Accidente vascular cerebral
- 4) Cáncer
- 5) Insuficiencia renal

Siempre y cuando se cumpla con la condición de que se haya 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 debe ser dictaminada y documentada por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Además de las enfermedades terminales antes 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, el diagnóstico 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 más 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 por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de su reclamación por 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 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.

b. Periodo 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 del estado de enfermedad terminal, emitido por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c. Indemnización del beneficio

La Compañía pagará el Anticipo por enfermedad terminal si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1) Que la Póliza se encuentre vigente al momento del diagnóstico del estado de enfermedad terminal.
- 2) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- 3) Se cumpla con el periodo de espera establecido en el inciso b. anterior.
- 4) 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 50 (cincuenta) veces el valor anual de la UMA al momento del pago. Este anticipo cubre al Asegurado por presentar solo una enfermedad terminal y por única ocasión.

d. Comprobación de enfermedad terminal

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

1) Infarto al miocardio

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

- a) El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, dentro de la cual, los 3 (tres) primeros días fueran en unidad coronaria o similar y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.
- b) El infarto al miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
- c) 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, 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.

2) 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:

- a) Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
- b) Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardíaco).
- c) 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 un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

- a) 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.
- b) Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía 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, 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.

3) 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:

- a) La evidencia del daño neurológico permanente sea confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente.
- b) Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía 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, 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.

4) 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, con 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, leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

- a) Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía 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, 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 oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

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).

5) Insuficiencia renal

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

- a) Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía 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 nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

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 contratada de la cobertura por Fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

Este anticipo cubre al Asegurado por solo una de las enfermedades aquí listadas y por una sola ocasión.

e. Exclusiones del beneficio

La indemnización por anticipo de enfermedad terminal no aplicará cuando las enfermedades terminales sean originadas por:

- 1) El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.**
- 2) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- 3) Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años de vigencia de la Póliza sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad.**
- 4) Diagnóstico de una condición de enfermedad terminal preexistente.**

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de una Enfermedad Preexistente, 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.

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

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

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

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y este último no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el 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 las coberturas, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

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

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido establecido en la Carátula de la Póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional o extranjero), este se recibirá salvo buen cobro. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor. En los casos de pago de prima mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito, el 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

Este Contrato de Seguro estará referenciado en moneda nacional.

El pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso corresponda serán liquidadas en moneda nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse el pago.

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

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, desde el inicio de la vigencia, en caso de existir omisiones o inexactas declaraciones contenidas en:

- a. La solicitud del seguro.
- b. El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

8. Notificaciones

Toda 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. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación

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

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, PFM, 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, profesional de charrería, cacería, vuelos ultraligeros o alpinismo.

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, se ajustará la Suma Asegurada de la Póliza de acuerdo con lo que el Asegurado pueda alcanzar con las Primas pagadas.

10. Renovación

Este Contrato de Seguro se renovará por periodos sucesivos de un año, salvo que el Asegurado notifique por escrito a la Compañía su intención de no hacerlo. La renovación se realizará en los siguientes términos:

- a) Sin requisitos de asegurabilidad.
- b) No implicará modificación de los periodos de espera.
- c) Los límites de edad de aceptación no sufrirán cambios.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada del Asegurado aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

11. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación a la residencia o viajes del Asegurado.

12. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solo pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En caso de contratar la cobertura conyugal, lo anterior aplicará en los mismos términos para el cónyuge Asegurado.

En caso de haberse cubierto el anticipo por enfermedades terminales 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 (a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

13. Comprobación del Siniestro

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

- a. Póliza original, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
- b. Último recibo de pago.
- c. Solicitud de reclamación.
- d. Acta de nacimiento del Asegurado.
- e. Acta de defunción del Asegurado.
- f. Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar al fallecimiento.
- g. Identificación oficial del Asegurado. (Solamente será aplicable para la cobertura por Invalidez Total y Permanente y cobertura por Pérdida Orgánica por Accidente).

h. Identificación y comprobante de domicilio del Beneficiario.

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

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tenga conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor deberá ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, para los cuales deberá darlo a conocer tan pronto como cese uno u otro; lo anterior, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

14. Verificación de Edad

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

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

15. Pago del Seguro

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

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

16. Intereses Moratorios

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

17. 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.

18. 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.

19. Competencia

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

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

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

Contacte a la **Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE)**:

Teléfonos: desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1).

Dirección: Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, del. Benito Juárez, C.P. 03200.

E-mail: axasoluciones@axa.com.mx

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 8080, <http://www.gob.mx/condusef>, asesoria@condusef.gob.mx

20. Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- b) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- e) Por falta de pago de Primas, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo establecido en la Carátula de la Póliza para el pago de la Prima, en cuyo caso el Contrato de Seguro cesará automáticamente sus efectos.

21. 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.

22. Entrega de la Póliza

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

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de este contrato de seguro, podrá descargar las condiciones generales en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de la 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 a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

VII. Listado de abreviaturas

Abreviatura	Significado
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CONDUSEF	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
UDI	Unidades de Inversión
UMA	Unidad de Medida y Actualización
UNE	Unidad Especializada de Atención a Usuarios

VIII. Artículos citados

Ley sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

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

Artículo 37.- 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.

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

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

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

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

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

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

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

Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

-
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
 - III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
 - IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

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

Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

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

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.
La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

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.

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

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

- I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
- I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.
La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

-
- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.
Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.
En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;
La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.
Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.
- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

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

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

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

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276. - Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

-
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - La obligación principal.
- En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
- Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

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 03 de abril de 2019, con el número CNSF-S0048-0166-2019 / CONDUSEF-003705-01.

X. Anexo

Servicios de Asistencia

1. Disposiciones previas

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

El proveedor de servicios 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(n) pagado el (los) recibo(s) correspondiente(s) al año en curso.

La vigencia de estos Servicios de Asistencia iniciará en la fecha de inicio de la Póliza del seguro de Vida contratada.

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 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 y 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 de AXA Seguros.

d. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que se gestionan a los Asegurados en los 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 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 algún miembro de la familia, 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 o el miembro de la familia 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 algún miembro de la familia sufre 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 su familiar 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, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

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

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

d. Descuentos y precios preferenciales

1) Referencia médica

En caso de que el Asegurado o algún miembro de su familia sufra un Accidente o enfermedad, la Compañía, a través de un prestador en convenio, lo referirá con médicos generales o especialistas en convenio, la elección del médico será a cargo del Asegurado o miembro de la familia. Las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel (de especialidad) tienen precios preferenciales, de acuerdo a las plazas en donde se proporcione este servicio.

2) Referencia de laboratorios clínicos

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de laboratorios en convenio con precios preferenciales.

3) Referencia de gabinetes médicos de imagen

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de estudios de gabinete en convenio con precios preferenciales.

4) Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

El Asegurado o miembro de la familia 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 a las plazas en donde se proporcione este servicio.

5) Referencia de ópticas

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de ópticas en convenio, con precios preferenciales.

6) Referencia de farmacias

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en la red de farmacias que determine el proveedor.

4. Asistencia funeraria

a. Funcionamiento

El uso de los Servicios de Asistencia funeraria de la Compañía implica la conformidad de la familia o Representante del Asegurado con los términos y condiciones de este beneficio descritos a continuación.

1) Solicitud de asistencia

En caso de fallecimiento del Asegurado y antes de iniciar cualquier acción o trámite, la familia o el Representante del Asegurado llamará al número determinado por la Compañía y proporcionará la siguiente información:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde se le podrá contactar, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) El nombre del Asegurado fallecido y su número de Póliza.
- c) Describirá la Situación de Asistencia. El equipo médico y el equipo técnico tendrán libre acceso al Asegurado y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso les es negado, no se tendrá la obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

2) Precauciones

La familia o el Representante del Asegurado están obligados a ejecutar todos los actos que tiendan a facilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.

3) Cooperación

La familia o el Representante del Asegurado deberán cooperar con la Compañía para facilitarle a esta la recuperación de los gastos erogados por los Servicios de Asistencia que se hayan prestado a favor de cualquier tercero, mediante la aportación de los documentos necesarios y ayudar a completar las formalidades requeridas.

4) Subrogación

La Compañía se subrogará, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un hecho que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

5) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que la Compañía, será responsable únicamente por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones de Servicios de Asistencia.

6) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

b. Servicios

1) Coordinación y asesoría para trámites funerarios

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado desde la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado hasta toda la República Mexicana.

En caso de fallecimiento del Asegurado y a petición de algún miembro de su familia o de su Representante, la Compañía –a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia– organizará, coordinará y asesorará en los trámites funerarios necesarios que se ocasionen por fallecimiento del Asegurado, tales como:

- a) Tramitación legal y administrativa ante el Ministerio Público local y/o federal y ante el servicio médico forense en caso de que el deceso ocurra en circunstancias violentas o se relacione con la investigación de un delito.
- b) Atención y solución de problemas legales y administrativos con relación al deceso para la tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.
- c) Referencia y coordinación con la agencia funeraria a fin de reservar sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación, de acuerdo con las instrucciones de la familia y/o el Representante.

Los costos que se originen por este servicio deberán cubrirse por la familia y/o el Representante del Asegurado directamente al prestador del servicio, cuando este así se los solicite.

5. Exclusiones

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

- a. **Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes del inicio de la vigencia de la Póliza o tras el término de la vigencia de la misma, 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 el 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, terrorismo, 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, 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 profesional relacionadas con paracaidismo, automovilismo, 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: fútbol, baloncesto y balonmano de competición, así como en cualquier caso 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 motos, carreras de automóviles, alpinismo, escalada, espeleología, inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 (veinticinco) metros, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato aeronáutico similar, descenso en paracaídas no exigidos por la situación del aparato y cualquier otra clase de deporte actividad que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física del menor.**
- d. **Por los siguientes eventos:**
- 1) **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
 - 2) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
 - 3) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - 4) **Exposición a radiaciones atómicas y lo derivado de estas.**
- e. **Situaciones de Asistencia derivadas de:**
- 1) **Lesiones que se provoquen al Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
 - 2) **Enfermedades Preexistentes o Accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la Póliza, así como sus consecuencias y secuelas.**
 - 3) **Cirugía estética.**

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).



Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx