



Vida y Ahorro

A young girl with red hair in a braid, wearing glasses and a light blue shirt, is smiling and holding the hand of an adult. She has a blue backpack with white polka dots and an orange pocket. A large red arrow points upwards from the bottom right towards the top left, passing behind the text.

Grandes proyectos en construcción

Aliados+ Kids

Condiciones Generales

Derechos del Asegurado

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

Al contratar tu seguro puedes:

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



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



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



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



En caso de siniestro:



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



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



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



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

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

Si tienes alguna queja

Comunícate a la **Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)**:

Teléfono: **5169 2746** (opción 1) o 01 800 737 7663 (opción 1)

Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México,
en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/quejas

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de marzo de 2018, con el número CGEN-S0048-0007-2018/CONDUSEF G-00994-001.

Contenido

I. Definiciones	4
1. Accidente	4
2. Asegurado Titular	4
3. Asegurado Menor	4
4. Beneficiario	4
5. Compañía	4
6. Contratante	4
7. Enfermedad Preexistente	5
8. Extraprima	5
9. Fondo en Administración	5
10. Invalidez Total y Permanente	5
11. Periodo de Espera	6
12. Periodo de Gracia	6
13. Póliza o Contrato de Seguro	6
14. Prima	6
15. Recargo Fijo	6
16. Siniestro	6
17. Suma Asegurada	6
18. UMA	6
19. Valores Garantizados	7
II. Objeto del Seguro	7
III. Leyes aplicables	7
IV. Descripción del Seguro	7
1. Cobertura Básica	7
2. Vigencia	8
3. Edades de aceptación	8
V. Beneficios incluidos	8
1. Anticipo por Fallecimiento	8
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	9
VI. Coberturas adicionales	13
1. Coberturas Adicionales por Invalidez	13
a. Descripción	13
b. Edades de aceptación	14

c. Periodo de Espera	14
d. Indemnización de la cobertura	14
e. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	15
f. Exclusiones de la Cobertura	15
g. Terminación de la cobertura	16

VII. Procedimientos

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados	16
2. Préstamo Ordinario	17
3. Préstamo Automático	18
4. Incrementos No Programados de Suma Asegurada	18
5. Disminución de Suma Asegurada	18
6. Pruebas de Asegurabilidad	19

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios	19
2. Pago de la Prima	20
3. Moneda	20
4. Corrección del Contrato de Seguro	21
5. Indisputabilidad	21
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones	21
7. Notificaciones	22
8. Cambio de Ocupación	22
9. Rehabilitación	22
10. Carencia de Restricciones	23
11. Suicidio	23
12. Comprobación del Siniestro	23
13. Verificación de Edad	24
14. Pago del Seguro	24
15. Intereses Moratorios	24
16. Impuestos	25
17. Prescripción	25
18. Competencia	25
19. Terminación del Contrato de Seguro	25
20. Revelación de Comisiones	26
21. Entrega de la Póliza	26

IX. Listado de abreviaturas

X. Artículos aplicables

XI. Registro

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

Seguro Aliados+ Kids

Vida y Ahorro

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 de los Asegurados. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por los Asegurados.

2. Asegurado Titular

Es la persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen las coberturas de Pago Adicional por Fallecimiento del Asegurado Titular y Exención de Pago de Primas por Fallecimiento o Invalidez del Asegurado Titular.

3. Asegurado Menor

Menor de 18 (dieciocho) años, designado en el Contrato de Seguro sobre el que recaen las coberturas de Fallecimiento del Asegurado Menor y Supervivencia del Asegurado Menor.

4. Beneficiario

Persona(s) designada(s) por los Asegurados 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 Supervivencia o el Anticipo por Enfermedades Terminales, se entenderá como Beneficiario al Contratante.

5. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante como la Compañía, es la institución que, a cambio del Pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados, incluidos 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 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, el Contratante será también el Asegurado.

El Contratante es la única persona que puede hacer uso del derecho que otorga la cláusula de Valores Garantizados.

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:

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

8. Extraprima

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

9. Fondo en Administración

Es el fondo que se constituye por aquellos Dotales a Corto Plazo contratados expresamente por el Contratante que llegan a su vencimiento y no son retirados por él, por lo que permanecerán en ese Fondo en Administración acreditándose los intereses que lleguen a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

10. 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 por el resto de su vida para desempeñar su trabajo habitual u otro trabajo apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social.
- 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 ella.
- 2) Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.
- 3) Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.
- 4) Anquilosis: fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

11. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

12. Periodo de Gracia

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

13. 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 Asegurados 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 Asegurados para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

14. Prima

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

Anualmente se cobrará el Recargo Fijo que la Compañía determine como parte de esta Prima.

15. Recargo Fijo

Es el monto actualizable periódicamente que se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

16. Siniestro

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

17. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual los Asegurados estarán protegidos por cada una de las coberturas contratadas. En la Suma Asegurada se consideran todos los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia de la Póliza.

Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

18. UMA

Unidad de Medida y Actualización definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, leyes de las entidades federativas y de las disposiciones jurídicas que emanen de las leyes mencionadas. El valor mensual de la UMA se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 (treinta punto cuatro) veces y su valor anual se calcula multiplicando su valor mensual por 12 (doce).

19. Valores Garantizados

Son los derechos que tiene el Contratante en caso de no continuar con el pago de la Prima o cancelar la Póliza. Los Valores Garantizados son: valor en efectivo o rescate, Seguro saldado o Seguro prorrogado.

II. Objeto del Seguro

El objeto de este Seguro es otorgar al Contratante un instrumento de protección y ahorro para cubrir la educación profesional del Asegurado Menor.

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

III. Leyes aplicables

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

IV. Descripción del Seguro

Las Coberturas, Suma Asegurada, Prima, Plazo del Seguro y Vigencia estarán especificados en la carátula de la Póliza.

1. Cobertura Básica

1.1 Fallecimiento del Asegurado Menor

La Compañía pagará el beneficio por Fallecimiento de esta cobertura de presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a. Si el Fallecimiento del Asegurado Menor ocurriera antes de cumplir los 12 (doce) años, la Compañía entregará al Contratante el importe total de las Primas pagadas por la cobertura de Fallecimiento del Asegurado Menor.
- b. En caso de Fallecimiento una vez que el Asegurado Menor haya cumplido los 12 (doce) años se entregará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento del Asegurado Menor.

1.2 Supervivencia del Asegurado Menor

En caso de que el Asegurado Menor llegue con vida al final del plazo 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, la Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada de esta cobertura, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

1.3 Pago Adicional por Fallecimiento del Asegurado Titular

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado Titular fallece dentro del Plazo de Seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término de dicho plazo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

2. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y vencerá al terminar el plazo de Seguro contratado. La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía en cuanto el Contratante rescate la Póliza.

3. Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para la cobertura básica son:

- a. **Asegurado Menor:** Las comprendidas entre 0 (cero) y 8 (ocho) años para el plazo a edad alcanzada 18 (dieciocho) años y las comprendidas entre 0 (cero) y 10 (diez) años para el plazo a edad alcanzada 22 (veintidós) años.
- b. **Asegurado (Contratante):** Las comprendidas entre 18 (dieciocho) años y 70 (setenta) años.

V. Beneficios incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

a. Descripción

En caso de Fallecimiento del Asegurado Titular, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un monto equivalente a 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada por la cobertura de Pago Adicional por Fallecimiento del Asegurado Titular, topado al equivalente de 3 (tres) veces el valor anual de la UMA, a la fecha del pago.

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

b. Periodo de Espera

El Anticipo por Fallecimiento será procedente siempre y cuando hayan transcurrido al menos 2 (dos) años contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza, de su última rehabilitación o de la contratación de un incremento no programado de Suma Asegurada de la cobertura básica.

c. Indemnización del Beneficio

El Beneficiario deberá solicitar por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su identificación oficial vigente 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 sea mayor 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.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

a. Descripción

La Compañía anticipará al Asegurado Titular el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada vigente de la cobertura de Pago Adicional por Fallecimiento del Asegurado Titular, topado a 50 veces el valor anual de la UMA y sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que se le diagnostique al Asegurado Titular, 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 Titular 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.

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 de este, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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 la Enfermedad Terminal, el Asegurado Titular podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado Titular y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado Titular 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 Titular y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura básica se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado. Este anticipo cubre al Asegurado Titular solo por una Enfermedad Terminal y por una sola ocasión durante el plazo del Seguro.

d. 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.

e. 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 Titular hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado Titular haga uso de este beneficio.
- 3) Se cumpla con el Periodo de Espera establecido en el inciso b. Periodo de Espera.
- 4) Que al Asegurado Titular 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.

f. 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 cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

- 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 cardiacas.

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 y
- 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, y
- 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 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 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.

g. Exclusiones

Quedan excluidas del pago correspondiente al Anticipo por Enfermedades Terminales, las 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 la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los Padecimientos derivados de esta Enfermedad durante los 2 (dos) primeros años de vigencia de la Póliza o solicitud de incremento de Suma Asegurada, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**
 - 4) Diagnóstico de una condición de Enfermedad Terminal preexistente con pronóstico a ser desarrollada durante la vigencia de la Póliza.**

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

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

VI. Coberturas adicionales

En caso de haberse contratado una o más coberturas adicionales con costo y estas se encuentren vigentes y detalladas en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión, aplicarán las siguientes cláusulas.

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

1. Coberturas Adicionales por Invalidez

a. Descripción

1) Exención de Pago de Primas por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular (EFI)

En el caso de que el Asegurado Titular fallezca o le sea dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente, y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía lo eximirá del pago de las Primas del Contrato de Seguro por el resto del plazo contratado. La Póliza quedará de este modo vigente y el Asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le conceden.

2) Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular (PAI)

En el caso de que al Asegurado Titular 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 alcanzada para esta cobertura.

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

En caso de que 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.

b. Edades de aceptación

Las edades de aceptación son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años. Estas coberturas terminarán al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años.

c. Periodo de Espera

Deberán transcurrir al menos 6 (seis) meses continuos e ininterrumpidos entre la fecha de contratación de la cobertura o la última rehabilitación de la póliza y el dictamen de Invalidez total y permanente conforme al inciso e. siguiente.

Tratándose de la cobertura de Exención de Pago de Primas por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente (EFI), el período de espera arriba indicado no aplica en caso de fallecimiento.

Tratándose de Invalidez Total y Permanente, el periodo de espera solo aplica para el inciso a. de la definición de Invalidez Total y Permanente.

d. Indemnización de la cobertura

1) Exención de Pago de Primas por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente (EFI)

Esta cobertura surtirá efecto en la fecha en que el Asegurado Titular o sus beneficiarios comprueben a la Compañía su estado de Invalidez Total y Permanente o fallecimiento dentro de la vigencia de esta cobertura y haya transcurrido el Periodo de Espera aplicable.

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

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

2) Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)

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

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

La indemnización correspondiente a Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente se entregará al propio Asegurado.

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

e. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado Titular 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 de institución de Seguridad Social, 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.

Para asegurados que no estén inscritos en una Institución de Seguridad Social, el contratante o asegurado deberá presentar un dictamen médico emitido por alguna Institución de Salud Pública especializada en el tipo de padecimientos que dieron origen al estado de Invalidez Total y Permanente, así como de todos los exámenes, estudios y documentos que sirvieron de base para determinarla, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de un estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado Titular podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un perito médico por parte del Asegurado Titular y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado Titular 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.

f. Exclusiones de la Cobertura

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente

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

- a) Servicio militar, actos de guerra, terrorismo, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos 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 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.
- c) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado Titular se encuentre bajo el influjo del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.
- d) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado Titular se encuentre bajo el influjo de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando hubieren sido prescritas por un médico.
- e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
- f) Exposición o radiaciones atómicas o derivadas de estas.
- g) Lesiones que se provoquen el Asegurado Titular cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

3) Enfermedades preexistentes que ocasionen un estado de invalidez durante la vigencia de la póliza.

4) Estados de Invalidez que se originen cuando esta Póliza haya sido convertida a seguro saldado o seguro prorrogado.

g. 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 cancelación del contrato de seguros por falta de pago de Primas.
- 3) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años.
- 4) El pago de la indemnización de la Cobertura de Fallecimiento.
- 5) A solicitud expresa del Contratante.

VII. Procedimientos

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados

El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado Menor y el número de años de Primas pagadas. Estos montos se podrán consultar en la tabla de Valores Garantizados de esta Póliza.

El Contratante podrá hacer uso de uno de los Valores Garantizados que se describen a continuación.

-
- a. **Valor en efectivo o rescate.** El Contratante podrá obtener como valor en efectivo de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondiente, de acuerdo con la edad de ingreso al Seguro y al número de años que la Póliza haya estado en vigor. Si el Contratante cubre la Prima en exhibiciones parciales, tal valor se calculará tomando en cuenta las exhibiciones parciales pagadas y en ambos casos, el tiempo transcurrido. Aplicará la retención de acuerdo con la legislación vigente al momento del rescate.
 - b. **Seguro saldado.** La Compañía reducirá la Suma Asegurada de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas; por lo que, al ocurrir el Fallecimiento del Asegurado, o al final del periodo en caso de supervivencia, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.
 - c. **Seguro prorrogado.** El Seguro prorrogado mantiene el plan en vigor sin más pago de Primas, por la Suma Asegurada vigente a la fecha en que se haga efectivo este beneficio, durante el periodo que marca la tabla de Valores Garantizados respectiva. Si en la tabla de Valores Garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, esta será pagada al propio Contratante en caso de supervivencia del Asegurado final del periodo del Seguro prorrogado.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el Contratante deberá solicitar por escrito dentro de los treinta días naturales siguientes al vencimiento de la Prima no pagada, la opción elegida para el uso del Valor Garantizado, en cuyo caso quedarán canceladas las coberturas de esta Póliza.

Si en la fecha de solicitud del valor garantizado elegido, la Póliza se encuentra gravada con alguna deuda, esta deberá ser liquidada a la Compañía, o bien se reducirá el importe de la deuda en la opción elegida.

2. Préstamo Ordinario

El Contratante podrá solicitar un préstamo con garantía de su valor en efectivo.

El monto de este préstamo, más los impuestos aplicables en caso de cancelación o rescate de conformidad con la legislación fiscal vigente e intereses que la Compañía determine, no podrá ser mayor al valor en efectivo al que el Contratante tuviera derecho.

Al momento de solicitarse el préstamo, los intereses se cobrarán por anticipado por el tiempo que falte por transcurrir del año Póliza.

Las deudas contraídas por préstamo podrán ser pagadas por el Contratante y/o Asegurado en cualquier momento, ya sea en un solo pago o en pagos parciales, siempre que la Póliza esté en vigor. Todas las deudas contraídas en virtud de esta cláusula serán compensadas con la liquidación final que otorgará la Compañía al momento de dar por terminado el Contrato de Seguro.

Los intereses se calcularán multiplicando el monto del préstamo por la tasa de interés aplicada proporcionalmente por el tiempo que falte por transcurrir del año Póliza. Una vez que se cumpla el aniversario de la Póliza, si no se ha liquidado la deuda, nuevamente se cobrarán los intereses anuales correspondientes al nuevo año sobre el saldo insoluto del préstamo a la fecha del aniversario y así sucesivamente cada año Póliza que transcurra sin que el Contratante liquide el préstamo.

La tasa de interés que se aplicará será la que determine la Compañía para tales efectos y será informada al Contratante.

La Póliza continuará en vigor mientras el monto del adeudo, más sus intereses e impuestos aplicables, sea inferior al Valor en Efectivo.

En el momento en que el adeudo total más los impuestos aplicables iguale o supere el Valor en Efectivo, si el Contratante no liquida dicho préstamo los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente, quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tenga por el presente Contrato de Seguro.

3. Préstamo Automático

Si el Contratante deja de cubrir una Prima vencida, expresamente autoriza a la Compañía a otorgarle un préstamo con cargo al Valor en efectivo disponible, de acuerdo con la cláusula de Préstamo Ordinario.

Cuando el monto disponible sea menor a la Prima vencida, esta Póliza continuará en vigor por los días que dicha cantidad alcance a amparar.

4. Incrementos No Programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en cualquier momento y la aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos, siempre que no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales, que el Asegurado Menor o Contratante no rebase la edad máxima de aceptación de la cobertura y la Suma Asegurada solicitada no rebase la Suma Asegurada Máxima de la cobertura.

En caso de aceptar el incremento, la Prima correspondiente estará en función de la edad que tenga el Asegurado al inicio del aniversario de la Póliza en que se otorgue el incremento y se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento en la Suma Asegurada entrará en vigor una vez que la Prima incluya el aumento correspondiente, lo cual sucederá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de aceptación por parte de la Compañía y se entregará al Contratante el endoso correspondiente.

5. Disminución de Suma Asegurada

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

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

6. Pruebas de Asegurabilidad

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

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

Los Asegurados tendrán derecho a designar a los Beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía. En caso del Asegurado Menor será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal acreditado de acuerdo con el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los Asegurados pueden renunciar a este derecho, si así lo desean, 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.

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.

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

En el caso de que el Asegurado Menor fallezca antes de cumplir 12 (doce) años, aplicará lo descrito en el apartado IV "Descripción del Seguro", numeral 1.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como Representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, Representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como Representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se

hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica y cada cobertura adicional, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, 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.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Unidades de Inversión de acuerdo con lo especificado en la carátula de la Póliza.

El Pago de la Prima y de las indemnizaciones, que en su caso corresponda, será liquidado 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.

Unidades de Inversión (UDI)

El valor de la UDI será el publicado en el Diario Oficial de la Federación en el renglón correspondiente a Unidades de Inversión. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, esta Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI, en su caso se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.

4. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

5. Indisputabilidad

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

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

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

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de

declaración judicial, aun cuando estos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley. Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los Representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, los Asegurados, 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.

8. Cambio de Ocupación

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

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

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, siempre y cuando haya ejercido influencia sobre el Siniestro; se ajustará la Suma Asegurada de la Póliza de acuerdo con lo que el Asegurado o Asegurado Mancomunado pueda alcanzar con las Primas pagadas. En caso de agravación esencial del riesgo durante el curso del Seguro, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

9. Rehabilitación

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

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

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

10. Carencia de Restricciones

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

11. Suicidio

En caso de Fallecimiento por Suicidio del Asegurado o del Asegurado Menor 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 de los Asegurados, 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 rehabilitación o incremento de la Suma Asegurada, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o se acepte el incremento de Suma Asegurada.

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.

12. Comprobación del Siniestro

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

- a. Póliza original, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
- b. Solicitud de reclamación.
- c. Acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios.
- d. Acta de defunción.
- e. Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar al Fallecimiento.

-
- f. Identificación oficial vigente del Asegurado tratándose de la cobertura de Exención de Pago de Primas por Fallecimiento o Invalidez.
 - g. 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 de este, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real de los Asegurados 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 de los Asegurados de acuerdo con lo establecido en los artículos 171 y 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte de los Asegurados; de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

14. 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.

15. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación 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 a los Asegurados o Beneficiarios un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

16. Impuestos

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

17. Prescripción

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

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

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

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la 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 con relación a su Seguro,

- Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE):
Teléfono: 55 5169 2746 (opción 1) o 800 737 7663 (opción 1). Domicilio: Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx o ingresa a <https://inconformidades.axa.com.mx/ComplaintClient.aspx>

O bien,

- Contacta a CONDUSEF:
Dirección: Av. Insurgentes Sur 762, alcaldía Benito Juárez, col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Teléfono: 800 999 8080 en el territorio nacional y 55 5340 0999 en la Ciudad de México. Página web: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

19. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, cuando ocurra cualquiera de los siguientes casos:

- a. El pago de la Suma Asegurada de Supervivencia al término del plazo del Seguro.
- b. El pago de la Suma Asegurada por el Fallecimiento del Asegurado Menor.
- 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 o por conducto de su agente. Al momento de presentar la solicitud de cancelación la Compañía entregará al Contratante, previa identificación de este y el acuse de recibo correspondiente.

- e. La liquidación del Valor de Rescate que corresponda, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Funcionamiento de los Valores Garantizados.
- f. Por lo estipulado en la cláusula de Préstamo Automático y Préstamo Ordinario.
- g. Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado “Cláusulas Generales” de este Contrato. La vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el Pago de la Prima, en cuyo caso el Contrato de Seguro cesará automáticamente sus efectos.

20. Revelación de Comisiones

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

21. Entrega de la 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 su Póliza o desee consultar sus condiciones generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual acudiendo el Contratante a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

IX. 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

X. Artículos aplicables

LEY SOBRE EL CONTRATO DEL 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 periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del periodo 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

Artículo 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 pague 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:

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

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

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

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

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Artículo 133.- Se consideran ingresos por intereses para los efectos de este Capítulo, los establecidos en el artículo 8 de esta Ley y los demás que conforme a la misma tengan el tratamiento de interés. Se dará el tratamiento de interés a los pagos efectuados por las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios, por los retiros parciales o totales que realicen dichas personas de las primas pagadas, o de los rendimientos de éstas, antes de que ocurra el riesgo o el evento amparado en la póliza, así como a los pagos que efectúen a los asegurados o a sus beneficiarios en el caso de seguros cuyo riesgo amparado sea la supervivencia del asegurado cuando en este último caso no se cumplan los requisitos de la fracción XXI del artículo 93 de esta Ley y siempre que la prima haya sido pagada directamente por el asegurado. En estos casos para determinar el impuesto se estará a lo siguiente:

De la prima pagada se disminuirá la parte que corresponda a la cobertura del seguro de riesgo de fallecimiento y a otros accesorios que no generen valor de rescate y el resultado se considerará como aportación de inversión. De la suma del valor de rescate y de los dividendos a que tenga derecho el asegurado o sus beneficiarios se disminuirá la suma de las aportaciones

de inversión actualizadas y la diferencia será el interés real acumulable. Las aportaciones de inversión se actualizarán por el periodo comprendido desde el mes en el que se pagó la prima de que se trate o desde el mes en el que se efectuó el último retiro parcial a que se refiere el quinto párrafo de este artículo, según se trate, y hasta el mes en el que se efectúe el retiro que corresponda. La cobertura del seguro de fallecimiento será el resultado de multiplicar la diferencia que resulte de restar a la cantidad asegurada por fallecimiento la reserva matemática de riesgos en curso de la póliza, por la probabilidad de muerte del asegurado en la fecha de aniversario de la póliza en el ejercicio de que se trate. La probabilidad de muerte será la que establezca la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para determinar la referida reserva. Cuando se paguen retiros parciales antes de la cancelación de la póliza, se considerará que el monto que se retira incluye aportaciones de inversión e intereses reales. Para estos efectos se estará a lo siguiente:

- i. El retiro parcial se dividirá entre la suma del valor de rescate y de los dividendos a que tenga derecho el asegurado a la fecha del retiro.
- ii. El interés real se determinará multiplicando el resultado obtenido conforme a la fracción I de este artículo, por el monto de los intereses reales determinados a esa misma fecha conforme al tercer párrafo de este artículo.
- iii. Para determinar el monto de la aportación de inversión que se retira, se multiplicará el resultado obtenido conforme a la fracción I, por la suma de las aportaciones de inversión actualizadas determinadas a la fecha del retiro, conforme al tercer párrafo de este artículo. El monto de las aportaciones de inversión actualizadas que se retiren conforme a este párrafo se disminuirá del monto de la suma de las aportaciones de inversión actualizadas que se determine conforme al tercer párrafo de este artículo.

El contribuyente deberá pagar el impuesto sobre el interés real aplicando la tasa de impuesto promedio que le correspondió al mismo en los ejercicios inmediatos anteriores en los que haya pagado este impuesto a aquél en el que se efectúe el cálculo, sin que estos excedan de cinco. Para determinar la tasa de impuesto promedio a que se refiere este párrafo, se sumarán los resultados expresados en por ciento que se obtengan de dividir el impuesto determinado en cada ejercicio entre el ingreso gravable del mismo ejercicio, de los ejercicios anteriores de que se trate en los que se haya pagado el impuesto y el resultado se dividirá entre el mismo número de ejercicios considerados, sin que excedan de cinco. El impuesto que resulte conforme a este párrafo se sumará al impuesto que corresponda al ejercicio que se trate y se pagará conjuntamente con este último.

Se considerarán intereses para los efectos de este Capítulo, los rendimientos de las aportaciones voluntarias, depositadas en la subcuenta de aportaciones voluntarias de la cuenta individual abierta en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o en la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro en los términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como los de las aportaciones complementarias depositadas en la cuenta de aportaciones complementarias en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

Para los efectos del párrafo anterior, se determinará el interés real acumulable disminuyendo del ingreso obtenido por el retiro efectuado el monto actualizado de la aportación. La aportación a que se refiere este párrafo se actualizará por el periodo comprendido desde el mes en el que se efectuó dicha aportación y hasta el mes en el que se efectúe el retiro de que se trate.

Artículo 93.- No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos: XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo. Tratándose de seguros en los que el riesgo

amparado sea la supervivencia del asegurado, no se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el asegurado. Tampoco se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios, que provengan de contratos de seguros de vida cuando la prima haya sido pagada directamente por el empleador en favor de sus trabajadores, siempre que los beneficios de dichos seguros se entreguen únicamente por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social y siempre que en el caso del seguro que cubre la muerte del titular los beneficiarios de dicha póliza sean las personas relacionadas con el titular a que se refiere la fracción I del artículo 151 de esta Ley y se cumplan los demás requisitos establecidos en la fracción XI del artículo 27 de la misma Ley. La exención prevista en este párrafo no será aplicable tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de dividendos derivados de la póliza de seguros o su colectividad. No se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios que provengan de contratos de seguros de vida, cuando la persona que pague la prima sea distinta a la mencionada en el párrafo anterior y que los beneficiarios de dichos seguros se entreguen por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal. El riesgo amparado a que se refiere el párrafo anterior se calculará tomando en cuenta todas las pólizas de seguros que cubran el riesgo de muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, contratadas en beneficio del mismo asegurado por el mismo empleador. Tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de jubilaciones, pensiones o retiro, así como de seguros de gastos médicos, se estará a lo dispuesto en las fracciones IV y VI de este artículo, según corresponda. Lo dispuesto en esta fracción sólo será aplicable a los ingresos percibidos de instituciones de seguros constituidas conforme a las leyes mexicanas, que sean autorizadas para organizarse y funcionar como tales por las autoridades competentes.

XI. 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 31 de marzo de 2023 con el número CNSF-S0048-0161-2023 / CONDUSEF-005801-01.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx