



Vida Grupo

Seguro Vida Deudores
Experiencia Global

Que nada te detenga



Condiciones Generales

Índice	Página
I. Objeto del Seguro	7
II. Leyes Aplicables	7
III. Definiciones	7
1. Accidente Cerebrovascular Agudo	7
2. Adopción	7
3. Asegurado o Integrante	7
4. Beneficiario	8
5. Cáncer	8
6. Cáncer de Pulmón	8
7. Cáncer de Ovario	8
8. Cáncer de Próstata	8
9. Cáncer Cervicouterino	8
10. Cáncer Testicular	8
11. Cáncer Colorrectal	8
12. Cáncer de Mama	8
13. Certificado Individual	9
14. Cirugía	9
15. Compañía	9
16. Consentimiento	9
17. Contratante	9
18. Crédito Fijo	9
19. Crédito Revolvente	9
20. Dependiente Económico	9
21. Desempleo Involuntario	9
22. Dividendo	10
23. Divorcio	10
24. Domicilio Particular	10
25. Endoso	10
26. Enfermedad	10
27. Enfermedad Preexistente	10
28. Etapa de Metástasis	10
29. Etapa Terminal	10
30. Extraprima	10

31. Esclerosis Múltiple	11
32. Gastos Funerarios	11
33. Grupo Asegurado	11
34. Hijos	11
35. Hospitalización	11
36. Incapacidad Total Temporal	11
37. Infarto Agudo al Miocardio	11
38. Insuficiencia Renal Crónica	11
39. Insuficiencia Respiratoria	12
40. Matrimonio	12
41. Mudanza	12
42. Nacimiento	12
43. Osteoporosis	12
44. Pago Mensual	12
45. Pago Mínimo	12
46. Pérdida Orgánica	12
47. Periodo de Espera	13
48. Póliza o Contrato de Seguro	13
49. Prima	13
50. Relación de Integrantes	13
51. Trasplante	13
52. Salario Base	13
53. Saldo Insoluto	13
54. Siniestro	13
55. Suma Asegurada	14
56. Suma Asegurada Máxima	14
57. Titulación	14
58. UMA	14
IV. Descripción del Seguro	14

1. Características del Grupo Asegurado	14
2. Descripción de la Cobertura por Fallecimiento	14
3. Edades de Aceptación	15
4. Edades de Renovación	15

V. Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente (con costo)	15
1. Definición de Invalidez Total y Permanente	15
2. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	16
3. Exclusiones	16
4. Edades de Aceptación	17
5. Edad de Cancelación	17
VI. Cobertura Adicional por Desempleo (con costo)	17
1. Descripción de la Cobertura por Desempleo	18
a. Despido Laboral	18
b. Incapacidad Total Temporal	19
2. Edades de aceptación	20
3. Edad de Renovación	20
VII. Coberturas adicionales (con costo)	21
1. Beneficio adicional por Cirugía	21
2. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de un accidente	22
3. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de una enfermedad	23
4. Cobertura Adicional de Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio	24
5. Cobertura Adicional de Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo	25
6. Cobertura Adicional de Indemnización por Esclerosis Múltiple	26
7. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave	27
8. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica	28
9. Cobertura Adicional de Indemnización por Osteoporosis Grave	30
10. Cobertura Adicional de Indemnización por Trasplante	31
11. Cobertura adicional por Cáncer	32
12. Cobertura adicional por Cáncer de mama	33
13. Cobertura adicional por Cáncer de Ovario	34
14. Cobertura adicional por Cáncer Cervicouterino	35
15. Cobertura adicional por Cáncer Testicular	37

16. Cobertura adicional por Cáncer de Próstata	38
17. Cobertura adicional por Cáncer de Pulmón	39
18. Cobertura adicional por Cáncer Colorrectal	40
VIII. Coberturas Adicionales Estilos de Vida (con costo)	42
<hr/>	
1. Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico (no aplica Periodo de Espera)	42
2. Beneficio Adicional por Matrimonio	42
3. Beneficio Adicional por Divorcio	43
4. Beneficio Adicional por Nacimiento o Adopción de un Hijo	43
5. Beneficio Adicional por Titulación	44
6. Beneficio Adicional por Conclusión de Bachillerato	45
7. Beneficio Adicional por Mudanza	45
IX. Dividendos	46
<hr/>	
1. Dividendos por Experiencia Global	46
2. Pago de Dividendos	47
X. Cláusulas Generales	48
<hr/>	
1. Vigencia	48
2. Designación de Beneficiarios	48
3. Pago de la Prima	49
4. Moneda	50
5. Corrección del Contrato de Seguro	50
6. Indisputabilidad	50
7. Omisiones o Inexactas Declaraciones	51
8. Notificaciones	51
9. Rehabilitación	51
10. Suicidio	52
11. Comprobación del Siniestro	52
12. Verificación de Edad	52
13. Pago del Seguro	53
14. Intereses Moratorios	53
15. Impuestos	53
16. Prescripción	53
17. Competencia	53
18. Terminación del Contrato de Seguro	54
19. Revelación de Comisiones	55
20. Prelación	55

XI. Procedimientos	55
1. Certificados Individuales	55
2. Relación de Integrantes	55
3. Regla para Determinar Suma Asegurada	55
4. Administración de la Póliza “A Declaración”	56
a. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	56
b. Ajuste de Primas	56
5. Modificaciones	57
a. Cambio de Contratante	57
b. Cambio de Forma de Pago de las Primas	57
c. Cambio de Beneficiarios	57
6. Reconocimiento de Antigüedad	57
7. Renovación	57
8. Entrega de la Documentación Contractual	58
XII. Artículos citados en las condiciones generales	58
XIII. Registro	65

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

Seguro Vida Deudores

Experiencia Global

Condiciones Generales

I. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima, se obliga a cubrir la Suma Asegurada correspondiente al monto total del adeudo o Saldo Insoluto que tenga pendiente el Asegurado incluido en la “Relación de Integrantes” de la Póliza, a la fecha de ocurrencia del Siniestro, durante el plazo de vigencia de este, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. Leyes Aplicables

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

III. Definiciones

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

1. Accidente Cerebrovascular Agudo

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

2. Adopción

La resolución judicial a través de la cual se reconoce un parentesco civil entre el adoptante y el adoptado.

3. Asegurado o Integrante

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

4. Beneficiario

Persona(s) designada(s) por el Asegurado o Integrante a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto en términos del Contrato de Seguro.

5. Cáncer

Enfermedad determinada como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con alteración en la función y en su estructura; pudiendo manifestarse o no por la presencia de uno o más tumores malignos, ya sea:

- En una zona muy específica, sin invasión a ninguna estructura cercana e incipiente (Cáncer In Situ o Etapa Inicial).
- Con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos y órganos cercanos, afectando o no a ganglios linfáticos regionales (Cáncer no metastásico o Etapa Intermedia)
- Con diseminación 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 (Cáncer metastásico o Etapa Avanzada).

6. Cáncer de Pulmón

Crecimiento anormal y desordenado de células malignas del tejido pulmonar y que tiene la capacidad de diseminarse

7. Cáncer de Ovario

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

8. Cáncer de Próstata

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

9. Cáncer Cervicouterino

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

10. Cáncer Testicular

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

11. Cáncer Colorrectal

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

12. Cáncer de Mama

Enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama.

13. Certificado Individual

Es el documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado.

14. Cirugía

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

15. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V., denominado en adelante la Compañía.

16. Consentimiento

Documento mediante el cual el Integrante acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

17. Contratante

Es aquella persona moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para terceras personas, y que, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en este se estipulan. El Contratante podrá cambiar durante la vigencia de la Póliza.

18. Crédito Fijo

Es el crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado (integrante) por una cantidad fija y un plazo determinado, cuya forma de pago es invariablemente cantidades mensuales fijas, previamente establecidas en el contrato de crédito respectivo.

19. Crédito Revolviente

Es el crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado o Integrante, del que puede seguir disponiendo el Asegurado o Integrante una vez pagado total o parcialmente hasta el límite del crédito autorizado, según lo especificado en el contrato de crédito otorgado.

20. Dependiente Económico

Se entenderán como tales únicamente Padres, Cónyuge e Hijos menores a 25 años que dependen económicamente del Asegurado o Integrante.

21. Desempleo Involuntario

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

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

22. Dividendo

Es el monto que, al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, se entrega al Contratante o a los Asegurados del Grupo Asegurado de acuerdo con su contribución al pago de la Prima y al inciso a) del numeral 2 del apartado Pago de Dividendos, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

23. Divorcio

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

24. Domicilio Particular

El inmueble de residencia habitual del Asegurado.

25. Endoso

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

26. Enfermedad

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

27. 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.

28. Etapa de Metástasis

Cuando las células atípicas o tumorales malignas se hayan diseminado por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia otras localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevo(s) tumor(es) o metástasis

29. Etapa Terminal

Cuando se determine el Cáncer como progresivo e incurable, con un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, siempre que los primeros síntomas y/o signos o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se hayan manifestado después del Periodo de Espera establecido en las presentes condiciones generales.

30. Extraprima

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

31. Esclerosis Múltiple

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

32. Gastos Funerarios

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

33. Grupo Asegurado

Es un conjunto de personas que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro que cumplen con las características especificadas en la Solicitud y que han dado su Consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

34. Hijos

Aquellas personas que tengan un parentesco por consanguinidad en línea recta descendente con el Asegurado o Integrante, que hayan sido reconocidos como tales conforme a las formalidades previstas por la legislación aplicable menores de 25 (veinticinco) años, que no perciban remuneración por trabajo personal alguno y que vivan en el Domicilio Particular del Asegurado.

35. Hospitalización

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

36. Incapacidad Total Temporal

Es la pérdida de facultades o aptitudes a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que imposibilite totalmente al Asegurado o Integrante para desempeñar su trabajo por un periodo mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la ocurrencia de dicho Accidente o Enfermedad y que necesariamente conlleve el internamiento del Asegurado en un hospital o la imposibilidad de salir de su Domicilio Particular, de acuerdo con la prescripción del médico tratante especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.

37. Infarto Agudo 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.

38. Insuficiencia Renal Crónica

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

Se define como Insuficiencia Renal Crónica Grave cuando existe una pérdida de más del 50% (Cincuenta por ciento) de la función renal normal en adultos, con presencia de daño renal grave e irreversible con manifestaciones clínicas durante más de 3 (tres) meses y que requieran de tratamiento médico, diálisis o Trasplante renal.

39. Insuficiencia Respiratoria

Es la incapacidad del aparato respiratorio en su función de intercambio de gases (oxigenación de la sangre y eliminación de anhídrido carbónico) necesaria para la actividad celular del organismo. Se define como Insuficiencia Respiratoria Crónica cuando ocurre de forma progresiva y no completamente reversible.

40. Matrimonio

El contrato por medio del cual dos personas se unen libremente para realizar una comunidad de vida y procurarse respeto, igualdad y ayuda mutua, celebrado ante un funcionario competente, en territorio nacional y con las formalidades requeridas por la legislación aplicable. Para los efectos de esta definición, se entenderá que las sociedades de convivencia o cualquier otra figura jurídica similar que reconozca la unión libre entre dos personas sin importar su género, se considerará también como Matrimonio.

41. Mudanza

El traslado de bienes muebles en posesión del Asegurado o Integrante de un inmueble a otro, con motivo del cambio de Domicilio Particular.

42. Nacimiento

Culminación del embarazo hasta el desprendimiento del bebé del seno materno, habiendo vivido este al menos 24 (veinticuatro) horas o presentado vivo al Registro Civil competente.

43. Osteoporosis

Es una Enfermedad crónica generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida progresiva de masa ósea, siendo esta pérdida superior a la natural generada por la edad y el género, así como deterioro de la microarquitectura del hueso. La Osteoporosis puede afectar a todo el esqueleto o solo a ciertos huesos.

Osteoporosis Grave: es la Osteoporosis cuando la DMO (Densidad de Masa Ósea) es inferior a $-2,5$ gramos de mineral por cm^2 en la escala T, acompañada de fracturas.

44. Pago Mensual

Es el pago de las cantidades mensuales fijas, previamente establecidas en el contrato de crédito, única y exclusivamente respecto de los Créditos Fijos.

45. Pago Mínimo

Es la cantidad mínima que el Asegurado o Integrante deberá pagar al Contratante al corte correspondiente, según los términos y condiciones del contrato de crédito y los montos especificados en el estado de cuenta respectivo, única y exclusivamente respecto de los Créditos Revolventes.

46. Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

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

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

47. Periodo de Espera

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

48. Póliza o Contrato de Seguro

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

49. Prima

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

50. Relación de Integrantes

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

51. Trasplante

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

52. Salario Base

Se entenderá como Salario Base, aquel que percibe el trabajador de manera diaria, semanal, quincenal o mensual; sin incluir gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, Primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo.

53. Saldo Insoluto

Es el monto pendiente de pago a cargo del Asegurado en virtud de la obligación de pago contraída por este con el Contratante.

54. Siniestro

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

55. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el(los) Integrante(s) estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado, Relación de Integrantes o en los Endosos correspondientes.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante. La Suma Asegurada no contemplará el pago de intereses por mora, considerando el monto de la deuda al momento del Sinistro o en su caso, la Suma Asegurada Fija que se haya pactado.

56. Suma Asegurada Máxima

Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a esta máxima, la Compañía podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

57. Titulación

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

58. UMA

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

IV. Descripción del Seguro

1. Características del Grupo Asegurado

Este contrato de seguro otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que hayan adquirido una obligación de pago con el Contratante en virtud de la contratación de un crédito; debiendo los Integrantes del Grupo Asegurado reunir los siguientes requisitos:

- a) Hayan otorgado su Consentimiento para ser asegurados en los formatos proporcionados por la Compañía o dentro del contrato de crédito.
- b) Aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.
- c) Hayan realizado la designación de Beneficiario en favor del Contratante hasta por el Saldo Insoluto de crédito.

2. Descripción de la Cobertura por Fallecimiento

Si estando vigente esta Póliza fallece uno o varios de los Asegurados, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Beneficiario (acreedor). Si la Suma Asegurada es el monto total del crédito, cubrirá el Saldo Insoluto al Beneficiario (acreedor). De existir remanente, lo pagará a los demás Beneficiarios.

A petición del Contratante esta cobertura se puede extender, con costo adicional, a un segundo Asegurado cuando sea coacreditado en el crédito o al deudor solidario cuando se trate del cónyuge del Asegurado que tenga ingresos personales y que no exista coacreditado. En ese caso solo se cubre el primer Siniestro, sin posibilidad de doble indemnización.

3. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años.

4. Edades de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante es hasta 99 (noventa y nueve) años.

V. Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente (con costo)

La cobertura por Invalidez Total y Permanente, al ser adicional a la cobertura por fallecimiento, será cubierta únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Esta cobertura se encontrará estipulada en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes y Certificados que se encuentren vigentes.

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra una Invalidez Total y Permanente, de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional que más adelante se describen 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 la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los Endosos correspondientes. En caso de que la Suma Asegurada sea el monto total del crédito, se cubrirá el Saldo Insoluto al Beneficiario (acreedor), y en caso de existir un remanente, este se pagará a los Beneficiarios que designe el Integrante en el Consentimiento del seguro.

1. Definición de Invalidez Total y Permanente

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

2. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente de un Asegurado que esté inscrito en una institución de seguridad social, el Asegurado deberá presentar a la Compañía el dictamen donde se indique la fecha de inicio del estado de invalidez definitivo emitido por dicha institución de acuerdo con Ley que aplique.

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

Para Asegurados que no estén inscritos en alguna institución de seguridad social, deberán presentar el dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia que causa dicho estado, el cual debe satisfacer los requisitos de la definición anterior, además de todos los exámenes, estudios, y documentos que sirvieron de base para determinarla.

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

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia su reclamación por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

3. Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

- a) **Que se origine por la participación del Integrante en:**
 1. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
 2. **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.**
 3. **Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
 4. **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**

-
5. **Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**
- b) **Por los siguientes eventos:**
1. **Cualquier intento de suicidio.**
 2. **Lesiones sufridas por el Asegurado Titular estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, 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.**
 3. **Lesiones sufridas por el Asegurado Titular, aun estando bajo la influencia de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
 4. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 5. **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.**
- c) **Por lesiones que se provoque el Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
- d) **Por Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.**

4. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 64 (sesenta y cuatro) años.

5. Edad de Cancelación

El Certificado se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Integrante cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.

En cualquier caso, la cobertura adicional no se renovará para el Integrante afectado al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de la indemnización cubierta por la misma.

VI. Cobertura Adicional por Desempleo (con costo)

La cobertura por Desempleo, al ser adicional a la cobertura por Fallecimiento, será cubierta únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Esta cobertura se encontrará estipulada en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes y Certificados Individuales que se encuentren vigentes.

1. Descripción de la Cobertura por Desempleo

Mediante la contratación de esta cobertura la Compañía se obliga, a pagar en una sola ocasión durante la vigencia del Certificado la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los Endosos, en el caso de que el Asegurado o Integrante sufra, Despido Laboral o Incapacidad Total Temporal, conforme a las definiciones establecidas en el apartado de Definiciones de estas condiciones generales y de acuerdo con lo siguiente:

a. Despido Laboral

Se cubre única y exclusivamente para aquellos Asegurados o Integrantes que reúnan las siguientes características:

- i) Que hayan tenido el carácter de empleado de nómina con contrato definitivo de trabajo firmado, con una antigüedad mínima de 12 (doce) meses anteriores a la fecha en que ocurra el despido.
- ii) Dejen de percibir ingresos como contraprestación por un trabajo personal subordinado por más de 30 (treinta) días naturales.

Para que la Compañía proceda hacer efectiva la cobertura por Despido Laboral, el Contratante o en su defecto el Asegurado o Integrante deberá presentar los siguientes documentos:

1. Solicitud de Reclamación de Seguro, que será entregada por la Compañía.
2. Identificación Oficial.
3. Acta de Nacimiento.
4. Original del Certificado Individual o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro en caso de que cuente con cualquiera de estos documentos.
5. Dos últimos recibos de nómina.
6. Recibo de liquidación si existiera, o acompañar el documento con el que acredite haber sido despedido, o Baja del IMSS o ISSSTE, según sea el caso, o carta original del empleador con sello y firma del representante de la empresa donde indique el motivo de la separación, fecha de ingreso y salida del empleo, o copia certificada de la resolución de despido injustificado (laudo).
7. Copia de estado de cuenta con Saldo Insoluto y monto de la mensualidad, el cual deberá estar al corriente del pago a la fecha del Siniestro.

A partir de la fecha en que el Contratante o en su defecto el Asegurado o Integrante presente la reclamación de esta cobertura, y la Compañía dictamine la procedencia de la misma, indemnizará al Beneficiario con un monto único de acuerdo a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura que se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, desde el momento en el que el Asegurado o Integrante acredite haber sido despedido, siempre y cuando las mensualidades no rebasen la vigencia del Certificado Individual.

Exclusiones

El Desempleo por Despido Laboral no se cubre en los siguientes casos:

1. **Por renuncia, jubilación, terminación de la vigencia del contrato de trabajo o huelga.**
2. **Empleados que laboran fuera del territorio nacional.**
3. **Profesionistas independientes o personas físicas con actividad empresarial.**

b. Incapacidad Total Temporal

Se cubre única y exclusivamente para aquellos Asegurados o Integrantes que reúnan las siguientes características:

- (i) Que sean profesionistas independientes o personas físicas con actividad empresarial.
- (ii) Quede imposibilitado para desarrollar una actividad remunerada por más de 30 (treinta) días naturales.

Para que la Compañía proceda hacer efectiva la cobertura por Incapacidad Total Temporal, el Contratante o en su defecto el Asegurado o Integrante deberá presentar los siguientes documentos:

1. Solicitud de Reclamación de Seguro, que será entregada por la Compañía.
2. Identificación oficial.
3. Acta de Nacimiento.
4. Original del Certificado Individual o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro, en caso de que cuente con cualquiera de estos documentos.
5. Original de informe médico detallado donde se determine la causa de la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Total Temporal y el periodo de esta, así como la necesidad de permanecer hospitalizado o en reposo en su domicilio. Deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.
6. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal.
7. Copia de estado de cuenta con Saldo Insoluto y monto de la mensualidad, el cual deberá estar al corriente de pago. A partir de la fecha en que el Contratante o en su defecto el Asegurado o Integrante presente la reclamación de esta cobertura, y la Compañía dictamine la procedencia de la misma, indemnizará al Beneficiario con un monto único de acuerdo a la Suma Asegurada para esta cobertura que se especifica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, desde el momento en el que el Asegurado o Integrante acredite haber sido despedido, siempre y cuando las mensualidades no rebasen la vigencia del Certificado Individual.

Exclusiones

El Desempleo por Incapacidad Total Temporal no se cubre en caso de que esta:

1. **Se origine por la participación directa del Asegurado o Integrante en:**
 - a. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
 - b. **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado o Integrante.**
 - c. **Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.**
 - 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. Lesiones sufridas por el Asegurado Titular estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, 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.
 - c. Lesiones sufridas por el Asegurado Titular, aun estando bajo la influencia de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
 - d. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - e. Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.
3. Por lesiones que se provoque el Asegurado o Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.
4. Por dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Incapacidad Total Temporal, con anterioridad a la celebración del presente contrato.
5. Se trate de personas que tengan el carácter de empleado de nómina con contrato definitivo de trabajo firmado.

2. Edades de aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 18 (dieciocho) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

3. Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado será hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

Esta cobertura terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de presentarse alguno de los siguientes supuestos:

1. Al momento en que la Compañía haga efectiva esta cobertura.
2. Al haberse determinado la procedencia de pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente en caso de haberse contratado.
3. Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.
4. A solicitud expresa del Contratante.
5. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que el Asegurado o Integrante cumpla la edad máxima de renovación.
6. Al término de la vigencia de la Póliza contratada.

Al hacer efectiva la cobertura, el contrato de seguro continuará con las coberturas originalmente contratadas, a excepción de la cobertura Adicional por Desempleo.

VII. Coberturas adicionales (con costo)

1. Beneficio adicional por Cirugía

Mediante la contratación de esta Cobertura, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que el Asegurado por prescripción médica requiera una Cirugía de las específicamente cubiertas por esta Cobertura como consecuencia de Enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

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

Periodo de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá comprobar a la Compañía la necesidad de la Cirugía a través de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, estudios histológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se especifique la prescripción médica y la causa de la Cirugía practicada, con fecha de diagnóstico de la Enfermedad que motivó la Cirugía, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de Cirugía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la Indemnización por Cirugías queda excluida por:

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

2. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de un accidente

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que requiera de una Hospitalización para diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico por más de 48 (cuarenta y ocho) horas a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Periodo de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y especificado en la carátula de Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de evidencia clínica, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se determine el periodo de Hospitalización requerido por el Asegurado, la fecha del Accidente, diagnóstico, tratamiento médico de las lesiones y motivo de la Hospitalización, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y especialidad en medicina interna o en la especialidad que corresponda.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones:

Para esta Cobertura, la indemnización de Hospitalización a causa de un Accidente queda excluida por:

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

3. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de una enfermedad

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que requiera de una Hospitalización para diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico por más de 48 (cuarenta y ocho) horas a causa de una Enfermedad durante la vigencia del Certificado Individual.

Periodo de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de evidencia clínica, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se determine el periodo de Hospitalización requerido por Asegurado, la fecha de inicio y diagnóstico de la Enfermedad motivo de la Hospitalización, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y especialidad en medicina interna o en la especialidad que corresponda.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones:

Para esta Cobertura, la indemnización de Hospitalización a causa de una Enfermedad queda excluida por:

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

4. Cobertura Adicional de Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sufra un Infarto Agudo de Miocardio dentro de la vigencia del Certificado Individual, que haya requerido Hospitalización en unidad coronaria o de cuidados intensivos o una intervención coronaria.

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

Período de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio mediante entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos anatómicos de necrosis miocárdica con la curva (elevación y descenso) de marcadores biológicos de necrosis acompañado de síntomas isquémicos y con alteraciones electrocardiográficas (Q, desplazamientos del segmento ST), los estudios de laboratorio, de gabinete y específicos y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de cardiología.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Infarto Agudo al Miocardio queda excluida por:

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

5. Cobertura Adicional de Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sufra un Accidente Cerebrovascular Agudo dentro de la vigencia del Certificado Individual, que haya requerido Hospitalización por más de 24 (veinticuatro) horas y presente sintomatología y secuelas que persistan durante más de 3 (tres) semanas dentro de la vigencia. En caso de que el Asegurado fallezca por causa de un Accidente Cerebrovascular Agudo antes de recibir el pago de la indemnización, la Suma Asegurada se otorgará a sus Beneficiarios.

Período de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Agudo mediante entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y específicos como: (i) tomografía computarizada, (ii) resonancia magnética nuclear, (iii)

eco Doppler o (iv) angiografía y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de neurología o medicina interna.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Accidente Cerebrovascular Agudo queda excluida por:

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

6. Cobertura Adicional de Indemnización por Esclerosis Múltiple

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado y dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Esclerosis Múltiple Progresiva Primaria o Esclerosis Múltiple Progresiva Recidivante.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Esclerosis Múltiple Progresiva Primaria o Esclerosis Múltiple Progresiva Recidivante mediante pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos,

estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y diagnósticos como: (i) tomografía computarizada, (ii) resonancia magnética nuclear, (iii) eco Doppler o (iv) angiografía y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de medicina interna o neurología.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Esclerosis Múltiple queda excluida por:

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

7. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado y dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Insuficiencia Renal Crónica Grave.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Grave mediante pruebas documentales que demuestren el daño renal por marcadores renales tales como: (i) albuminuria o proteinuria, (ii) depuración de creatinina, (iii) alteraciones en el sedimento urinario o (iv) en pruebas de imagen o a través de alteraciones histopatológicas en la biopsia renal y un informe médico detallado en el que se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de nefrología, urología o medicina interna.

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

- Estadio 4, TFGe* (tasa de filtración glomerular) entre 29 y 15 mL/min/1.73 m²
- Estadio 5, TFGe* (tasa de filtración glomerular) menor a 15 mL/min/1.73 m²

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Insuficiencia Renal Crónica Grave queda excluida por:

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

8. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Insuficiencia Respiratoria Crónica provocada por el desarrollo de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

(EPOC) o por Enfermedades Pulmonares Intersticiales Crónicas cuando la presión arterial de oxígeno (PaO₂) es menor de 60 mmHG con o sin aumento de la presión arterial del dióxido de carbono (PaCO₂) más la presencia de mecanismos compensatorios dentro de la vigencia.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Crónica mediante pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y específicos como: (i) gasometría arterial, (ii) espirometría, (iii) entre otros y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de neumología o medicina interna.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Insuficiencia Respiratoria Crónica queda excluida por:

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

9. Cobertura Adicional de Indemnización por Osteoporosis Grave

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado por primera vez y dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Osteoporosis Grave de la cadera, pelvis, columna vertebral o muñeca(s).

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá comprobar a la Compañía el diagnóstico de Osteoporosis Grave mediante la entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y diagnósticos como: (i) Osteodensitometría, (ii) Absorciometría, (iii) dual de Rayos X (DXA) o (iv) biopsia ósea y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad en medicina interna, reumatología u ortopedia.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Osteoporosis Grave queda excluida por:

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

10. Cobertura Adicional de Indemnización por Trasplante

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de dentro de la vigencia del Certificado Individual, requiera como receptor por primera vez un Trasplante de un Órgano mayor o Tejido cubierto, siempre que se cumpla con los protocolos y marco regulatorio vigente para tal efecto.

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

- a) Órganos Mayores: Corazón total, Pulmón, Hígado, Riñón y Páncreas
- b) Tejido: Médula Ósea

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía la necesidad de un Trasplante de Órganos Mayores o Tejidos mediante pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y específicos y un informe médico detallado donde se determine fecha de inicio, diagnóstico, causa, evolución y pronóstico de la Enfermedad motivo del Trasplante, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad correspondiente o en medicina interna.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Trasplante queda excluida por:

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

11. Cobertura adicional por Cáncer

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con algún tipo de Cáncer cubierto en Etapa de Metástasis y en Etapa Terminal.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer en Etapa de Metástasis y en Etapa Terminal mediante entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico y se especifique el pronóstico del Cáncer, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer queda excluida por:

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

12. Cobertura adicional por Cáncer de mama

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar a la Asegurada por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que la Asegurada sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Mama en Etapa de Metástasis.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

La Asegurada o sus Beneficiarios según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Mama en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer de Mama queda excluida por:

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

13. Cobertura adicional por Cáncer de Ovario

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar a la Asegurada por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Ovario en Etapa de Metástasis.

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

Período de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

La Asegurada o sus Beneficiarios según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Mama en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico,

fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer de Ovario queda excluida por:

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

14. Cobertura adicional por Cáncer Cervicouterino

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar a la Asegurada por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticada dentro de la vigencia del Certificado Individual, Cáncer Cervicouterino en Etapa de Metástasis.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

La Asegurada o sus Beneficiarios según el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer Cervicouterino queda excluida por:

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

15. Cobertura adicional por Cáncer Testicular

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer Testicular en Etapa de Metástasis.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Testicular en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer Testicular queda excluida por:

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

16. Cobertura adicional por Cáncer de Próstata

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Próstata en Etapa de Metástasis.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Próstata en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer de Próstata queda excluida por:

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

17. Cobertura adicional por Cáncer de Pulmón

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer de Pulmón en Etapa de Metástasis.

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

Período de Espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer de Pulmón en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudios histopatológico(s) y biopsia(s) laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer de Pulmón queda excluida por:

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

18. Cobertura adicional por Cáncer Colorrectal

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Cáncer Colorrectal en Etapa de Metástasis.

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

Período de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro y se especificará en la carátula de la Póliza y Certificado.

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer Colorrectal en Etapa de Metástasis mediante las pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de oncología, acompañado de estudio(s) histopatológico(s) y biopsia(s), de laboratorio, gabinete o específicos que se requieran.

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Cáncer Colorrectal queda excluida por:

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

VIII. Coberturas Adicionales Estilos de Vida (con costo)

1. Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico (no aplica Periodo de Espera)

Mediante la contratación de esta Cobertura, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de ocurrir el fallecimiento de un Dependiente Económico del Asegurado y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

Esta cobertura estará limitada a un solo evento por vigencia del Certificado Individual.

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Compañía los Gastos Funerarios y el fallecimiento de un Familiar Directo mediante la entrega de la siguiente documentación:

- a. Original de las facturas de los Gastos Funerarios del Dependiente Económico.
- b. Original y copia simple del acta de defunción del Dependiente Económico.
- c. Documentos que acrediten el parentesco con el Dependiente Económico, ya sea el acta de Nacimiento, de constitución de sociedad de convivencia, Matrimonio o de adopción.

Exclusiones

Para esta Cobertura, la indemnización de Apoyo por Gastos Funerarios de Dependientes Económicos queda excluida por:

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

2. Beneficio Adicional por Matrimonio

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de que contraiga Matrimonio dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la ocurrencia del Matrimonio mediante la entrega de la siguiente documentación:

- a. Original y copia simple del acta de Matrimonio expedida por el Registro Civil competente u,
- b. Original y copia simple del acta emitida por la autoridad competente en la que se haga constar la constitución de la sociedad de convivencia o cualquier otra figura similar.

Exclusiones

Para este Beneficio, la indemnización por Matrimonio queda excluida por:

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

3. Beneficio Adicional por Divorcio

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Divorcio del Asegurado que ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía el Divorcio, mediante la entrega de la siguiente documentación:

- a. Original y copia certificada del acta de Matrimonio con la nota marginal relativa a la disolución del Matrimonio.
- b. Original y copia simple del escrito o resolución emitida y sellada por la autoridad administrativa o judicial competente en el que se declare el Divorcio.

Exclusiones

Para este Beneficio, la indemnización por Divorcio queda excluida por:

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

4. Beneficio Adicional por Nacimiento o Adopción de un Hijo

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Nacimiento o Adopción de un hijo del Asegurado Titular dentro del territorio nacional y durante la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Compañía el Nacimiento o Adopción de un hijo mediante la entrega de la siguiente documentación:

- a. Original y copia simple del acta de Nacimiento expedida por el Registro Civil competente u,

-
- b. Original y copia simple de la resolución judicial firme que autorice la adopción o en su defecto, el acta de adopción emitida por el Registro Civil competente.

Exclusiones y Limitaciones

Para este Beneficio, la indemnización por Nacimiento o Adopción de un Hijo queda excluida o limitada por:

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

5. Beneficio Adicional por Titulación

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Titulación del Asegurado Titular o un hijo de este y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Compañía la Titulación mediante la entrega de la siguiente documentación:

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

Exclusiones

Para este Beneficio, la indemnización por Titulación queda excluida por:

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

6. Beneficio Adicional por Conclusión de Bachillerato

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio en caso de la obtención de un certificado de estudios a nivel medio superior del Asegurado Titular o un hijo, emitido por una institución educativa legalmente constituida y autorizada para tales efectos dentro del territorio nacional y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Compañía, la conclusión de la educación media superior del Asegurado Titular o de un hijo mediante la entrega de la siguiente documentación:

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

Exclusiones

Para este Beneficio, la indemnización por Conclusión de Bachillerato queda excluida por:

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

7. Beneficio Adicional por Mudanza

Mediante la contratación de este Beneficio, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de cambio de Domicilio Particular del Asegurado a una distancia mayor de 5 (cinco) kilómetros de su Domicilio Particular anterior que ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual.

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

Indemnización del Beneficio

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la Mudanza mediante la entrega de la siguiente documentación:

- a. Original de la factura del servicio de transportación de una compañía de transporte legalmente constituida para el traslado de bienes a nombre del Asegurado.
- b. Copia simple del contrato de arrendamiento o compraventa del Domicilio Particular al que se realiza la Mudanza.

-
- c. Copia simple de un comprobante de domicilio, a nombre del Asegurado con una antigüedad no mayor a 6 meses (teléfono, luz, agua, predial o estado de cuenta bancario del Domicilio Particular anterior).
 - d. En caso de que el Domicilio Particular anterior sea arrendado, copia del contrato de arrendamiento, convenio de terminación o documento con el que se acredite la terminación o vencimiento del arrendamiento.

Exclusiones

Para este Beneficio, la indemnización por Mudanza queda excluida por:

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

Periodo de Espera

Las coberturas contenidas en este apartado tienen un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del contrato del seguro.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

IX. Dividendos

1. Dividendos por Experiencia Global

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Global de la Compañía. Se entenderá por Experiencia Global cuando la Prima del Grupo Asegurado no esté determinada con base en su experiencia y si con base en la siniestralidad de la cartera con las mismas características de riesgo que existan en la Compañía.

a) Con Dividendos

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

b) Sin Dividendos

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

2. Pago de Dividendos

a) Cálculo

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

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

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

b) Periodo de Pago

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

Los Dividendos no son garantizados, los Dividendos a ser pagados al final de la vigencia serán los que resulten de aplicar el método de cálculo que se establece en el inciso a) del numeral 3 del apartado Pago de Dividendos.

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

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

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

c) **Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados**

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

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

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

X. Cláusulas Generales

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia, el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año. Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado Individual.

2. Designación de Beneficiarios

Conforme al objeto del presente contrato de seguro, el Asegurado tendrá derecho a designar como Beneficiario al Contratante hasta por el Saldo Insoluto correspondiente.

La Suma Asegurada podrá estipularse a elección del Contratante como el monto equivalente al Saldo Insoluto o bien una cantidad fija, bajo los siguientes términos:

- a. El acreditado/Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al acreditante Beneficiario del seguro el importe del Saldo Insoluto cubierto por el seguro.
- b. La Compañía se obliga a notificar al acreditado Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al acreditante Beneficiario del seguro el importe del Saldo Insoluto.

-
- c. Cuando la Suma Asegurada convenida se establezca en una cantidad fija, se establece que:
- 1) La designación de Beneficiario a favor del Contratante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al Saldo Insoluto del crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada convenida.
 - 2) Si la Suma Asegurada convenida excede el importe del Saldo Insoluto al ocurrir el Siniestro, el remanente se pagará al acreditado Asegurado, a su sucesión o a sus Beneficiarios designados distintos del acreditante, según corresponda.

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

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

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

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

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

3. Pago de la Prima

El Contratante deberá pagar la Prima anual de la cobertura por fallecimiento y de la cobertura adicional a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Carátula de 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 contado o de manera fraccionada mensual.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los plazos de pago estipulados en 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 deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero) este se recibirá salvo buen cobro.

4. Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominados en la moneda nacional y deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

5. Corrección del Contrato de Seguro

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

Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

6. Indisputabilidad

Este contrato será disputable, durante 2 (dos) años de vigencia continua e ininterrumpida, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
- d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.
Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refieren los incisos anteriores se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado fue dado de alta en la Póliza. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

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

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por la Compañía, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, será disputable a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Integrante, 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, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

8. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Integrante, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de 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.

El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar a la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su alta en la Póliza, su domicilio para que la Compañía les notifique, a uno o a otros, su decisión con relación a la rescisión o nulidad de la Póliza.

9. Rehabilitación

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

- a. Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b. Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c. Cubrir el importe de las Primas no pagadas.
- d. Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará vigente, a partir del día en que la institución notifique al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

10. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Integrante, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro y del respectivo Certificado Individual, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Integrante, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

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

11. 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, que será entregada por la Compañía.
- 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 y comprobante de domicilio del Beneficiario.

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

12. 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 con lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Pago del Seguro

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

14. Intereses Moratorios

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

15. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Integrantes 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.

16. Prescripción

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

- a. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento.
- 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

17. 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, debido al domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

Contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía (Unidad Enlace)

- Dirección: Félix Cuevas 366, Piso 3, Col. Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.
- Teléfono: desde cualquier lugar de la República Mexicana: 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1).
- E-mail: axasoluciones@axa.com.mx
- Página web: axa.mx

O bien,

Contacte a Condusef

- Dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, México.
- Teléfono: 800 999 8080 en el territorio nacional y (55) 5340 0999 en la Ciudad de México.
- Email: asesoria@condusef.gob.mx
- Página web: www.condusef.gob.mx Registro electrónico de comentarios: asesoria@condusef.gob.mx

18. Terminación del Contrato de Seguro

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

- a. Fecha de término del periodo de Vigencia.
- b. A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo establecido en la Póliza conforme a la cláusula Pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.
- c. Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d. El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento y entregue el acuse correspondiente. En este caso, la Compañía previa identificación del Contratante y en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima no devengada calculada desde la fecha de cancelación hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la entrega del escrito antes mencionado.
- e. La responsabilidad de la Compañía por el adeudo de cada Integrante cesará automáticamente por el pago del Adeudo a cargo del Asegurado.
- f. La responsabilidad de la Compañía por el adeudo de cada Integrante cesará automáticamente por traspaso del Adeudo a cargo del Asegurado.
- g. La responsabilidad de la Compañía por el adeudo de cada Integrante cesará automáticamente porque el deudor haya incurrido en mora por más de 6 (seis) meses. Si el deudor reanuda sus abonos, el Contratante, con el Consentimiento del deudor, podrá rehabilitar el seguro si proporciona los elementos de asegurabilidad necesarios a juicio de la Compañía.

19. 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.

20. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la Póliza, estas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

XI. Procedimientos

1. Certificados Individuales

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

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de Nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura.
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Integrantes

La Compañía, al recibir en la solicitud de seguro, los Consentimientos de cada Integrante o un listado de ellos por el Contratante de acuerdo con los contratos de crédito que tenga celebrado y solicite su inclusión en este seguro, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Integrantes contendrá la siguiente información:

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

3. Regla para Determinar Suma Asegurada

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante reportará la Suma Asegurada correspondiente al monto total del adeudo o Saldo Insoluto del crédito de los Integrantes.

4. Administración de la Póliza “A Declaración”

En cuanto a movimiento de altas y bajas de Integrantes (deudores), deudores en mora y aumentos de Suma Asegurada, el Contratante se obliga a informar de ello a la Compañía de acuerdo con el sistema “A Declaración”.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, quien se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información prevista en los Certificados y en su caso, el reparto del pago de Dividendos. A reserva de la existencia de un contrato establecido para la contraprestación de un servicio financiero, en el cual se designa como Beneficiario al Contratante hasta por el Saldo Insoluto.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro. Lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

a. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Integrantes que se aseguran.

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

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

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

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

b. Ajuste de Primas

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo con la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El

importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

5. Modificaciones

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

a. Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a este la Prima no devengada en un plazo de 30 (treinta) días a partir de que reciba la información del Contratante de la cuenta Clabe, número bancario o equivalente para realizar el depósito.

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

b. Cambio de Forma de Pago de las Primas

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

c. Cambio de Beneficiarios

El Integrante de Grupo Asegurado deudor que desee cambiar a sus Beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Compañía elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

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

6. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante tuvo en una Póliza de Grupo, en esta o en otra Compañía de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir el Periodo de Espera de la cobertura, siempre y cuando tal cobertura haya sido contratada en esta y en la Póliza anterior.

7. Renovación

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

de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

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

8. Entrega de la Documentación Contractual

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

En caso de que el Contratante desee consultar sus condiciones generales podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

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

XII. Artículos citados en las condiciones generales

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 de este.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagará 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 de este.

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 de 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.

XIII. 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 28 de noviembre de 2025 con el número PPAQ-S0048-0066-2025/CONDUSEF-006999-02.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx