



Seguro de Vida Individual

Plan de Vida 5.0
Condiciones Generales



I. Objeto del Seguro	3	VI. Cláusulas Generales	11
II. Leyes Aplicables	3	1. Vigencia	11
III. Definiciones	3	2. Designación de Beneficiarios	11
1. Accidente	3	3. Incremento automático por inflación	11
2. Adopción	3	4. Indisputabilidad	11
3. Asegurado	3	5. Pago de la Prima	11
4. Beneficiario	3	6. Moneda	11
5. Compañía	3	7. Corrección del Contrato de Seguro	12
6. Contratante	3	8. Notificaciones	12
7. Endoso	3	9. Carencia de Restricciones	12
8. Enfermedad o Padecimiento	3	10. Suicidio	12
9. Matrimonio	4	11. Aviso de Siniestro	12
10. Nacimiento	4	12. Comprobación del Siniestro	12
11. Periodo de Espera	4	13. Verificación de Edad	13
12. Periodo de Gracia.	4	14. Pago de la Suma Asegurada	13
13. Póliza o Contrato de Seguro	4	15. Intereses Moratorios	13
14. Prima	4	16. Impuestos	13
15. Representante	4	17. Prescripción	13
16. Residencia Permanente	4	18. Competencia	13
17. Servicios de Asistencia	4	19. Terminación del Contrato de Seguro	13
18. Siniestro	4	20. Revelación de Comisiones	14
19. Situación de Asistencia	4	21. Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	14
20. Suma Asegurada	4	22. Entrega de la Documentación Contractual	15
IV. Descripción del Seguro	5	23. Renovación	15
1. Cobertura por Fallecimiento	5	24. Omisiones o Inexactas Declaraciones	15
2. Cobertura por Muerte Accidental DI (Doble Indemnización)	5	25. Sanciones	15
3. Coberturas por Instantes de Vida	6	VII. Artículos Citados	16
V. Servicios de Asistencia	8	VIII. Abreviaturas	20
1. Disposiciones Previas	8	IX. Registro	20
2. Asistencia Tu Médico 24 horas	8		
3. Referencias Médicas	8		
4. Asesoría Jurídico Testamentaria	9		
5. Servicio de Tanatología	9		
6. Referencia de Agencias Funerarias	9		
7. Servicio de Gestión de Administración Integral de Decesos (GAID)	10		



I. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado de la Póliza, durante la vigencia de este Contrato de Seguro, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en el mismo, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

Se previene al Contratante sobre la relevancia de la veracidad de sus declaraciones en el cuestionario para la selección de riesgos. La omisión, falsa o inexacta declaración sobre los hechos cuestionados puede invalidar esta Póliza y ocasionar la pérdida de los beneficios de esta.



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, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás disposiciones, leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.



III. Definiciones

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

1. Accidente

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. **Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

2. Adopción

Acto jurídico a través de la cual se reconoce un parentesco civil entre el adoptante y el adoptado.

3. Asegurado

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

4. Beneficiario

Persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Asegurado.

5. Compañía

AXA Seguros, S. A. de C. V. es la institución que a cambio del pago de la Prima se obliga a brindar al (los) Asegurado(s) incluido(s) en la carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro, la protección por las coberturas y beneficios amparados.

6. Contratante

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

7. 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.

8. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, enfermedades o padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o

quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad o padecimiento.

9. 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 este Contrato de Seguro se equiparán al Matrimonio las sociedades de convivencia y cualquier otra figura jurídica similar que reconozca la unión libre entre dos personas sin importar su género.

10. Nacimiento

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

11. Periodo de Espera

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

12. Periodo de Gracia.

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

13. 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 Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud del seguro; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurados como son la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, Endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación del seguro, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

14. Prima

Costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida del Asegurado al momento de la contratación y las coberturas contratadas.

15. Representante

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

16. Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza del seguro de vida de AXA Seguros.

17. Servicios de Asistencia

Las ayudas o auxilio, Servicios Asistenciales que gestiona la Compañía de Asistencia en favor de los Asegurados, para los resolver o mitigar las Situaciones de Asistencia en beneficio del Asegurado.

18. Siniestro

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

19. Situación de Asistencia

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

20. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas, el monto de la Suma Asegurada se especificará en la Caratula de Póliza.



IV. Descripción del Seguro

La Compañía cubrirá los siniestros reclamados, por las coberturas básicas y las coberturas adicionales, sujeto a:

- Que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza
- Se trate de los riesgos amparados y se cumplan las condiciones de cobertura en cada caso
- El evento no se encuentre excluido

1. Cobertura por Fallecimiento

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada al verificarse la muerte del Asegurado.

a) Edades de Aceptación

Entre los 18 (dieciocho) hasta los 70 (setenta) años y 11 meses.

b) Edad de Renovación

Será hasta los 70 (setenta) años y 11 meses.

2. Cobertura por Muerte Accidental DI (Doble Indemnización)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada, sujeto a que el fallecimiento del Asegurado haya ocurrido por Accidente o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

La indemnización para esta cobertura se pagará siempre y cuando la edad del Asegurado esté dentro de las edades de aceptación para esta cobertura al momento del fallecimiento.

a) Edades de Aceptación

Entre los 18 (dieciocho) hasta los 70 (setenta) años y 11 meses.

b) Edades de Renovación

Será hasta los 70 (setenta) años y 11 meses.

c) Exclusiones particulares de la cobertura de Muerte Accidental (Doble Indemnización). No cubre muerte derivada de:

1. Accidentes originados por la participación activa del Asegurado en:

- Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- Actos delictivos dolosos en los que participe activamente el Asegurado.**
- Viajes en aeronave que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- 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. Los siguientes eventos:

- Enfermedad física o mental.**
- Suicidio o cualquier intento de suicidio.**

- c) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público, cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- d) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo de enervantes, estimulantes o drogas, aún cuando hubieren sido prescritas por un médico.**
- e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- f) Fallecimiento que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**

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

3. Coberturas por Instantes de Vida

Son beneficios indemnizatorios, con temporalidad de un año que brindan un apoyo económico al Asegurado en instantes relevantes de su vida al contratar una Póliza de este producto.

I. Cobertura por Adopción o Nacimiento de un hijo

La Compañía pagará al Asegurado, por única ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de nacimiento o Adopción de un hijo del Asegurado dentro del territorio nacional.

Esta Cobertura estará limitada a un solo evento por vigencia de la Póliza.

a) Indemnización de la Cobertura

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

- Original o copia certificada del acta de nacimiento expedida por el registro civil competente.
- Original o copia certificada de la resolución judicial firme que autorice la adopción o en su defecto, el acta de adopción emitida por el registro civil competente.

b) Periodo de Espera

9 meses (nueve) contados a partir de la fecha de contratación inicial de la cobertura, este Periodo de Espera deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde la contratación de su Póliza, es decir no aplica para las renovaciones de la misma.

c) Edades de Aceptación

Entre los 18 (dieciocho) años hasta los 50 (cincuenta) años y 11 meses.

d) Edad de Renovación

Hasta los 50 (cincuenta) años y 11 meses.

e) Exclusiones y Limitaciones para esta cobertura, la indemnización por

Nacimiento o Adopción de un hijo, queda excluida o limitada por:

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

II. Cobertura por Matrimonio

La Compañía pagará al Asegurado, por única ocasión, la Suma Asegurada contratada en caso de que contraiga Matrimonio dentro del territorio nacional y durante la vigencia de la Póliza.

Esta Cobertura estará limitado a un solo evento por vigencia de la Póliza.

a) Indemnización de la Cobertura

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

- Original o copia certificada del acta de matrimonio expedida por el registro civil competente o,
- Original o copia certificada 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.

b) Periodo de Espera

9 (nueve) meses contados a partir de la fecha de su contratación inicial de la cobertura, este Periodo de Espera deberá cumplirse por única vez para el Asegurado desde la contratación de su Póliza, es decir no aplica para las renovaciones de la misma.

c) Edades de Aceptación

Desde los 18 años y hasta los 50(cincuenta) años y 11 meses.

d) Edad de Renovación

Será hasta los 50(cincuenta) años y 11 meses.

e) Exclusiones para esta cobertura, la indemnización por Matrimonio, queda excluida por:

- 1. Eventos ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. No haber transcurrido un año a partir de que el Asegurado se divorció.**
- 3. Matrimonios tramitados, declarados o celebrados fuera de territorio nacional.**



V. Servicios de Asistencia

1. Disposiciones Previas

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

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

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

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

La vigencia de estos Servicios de Asistencia iniciará en la fecha de Inicio de la Póliza del seguro de vida contratada.

2. Asistencia Tu Médico 24 horas

a. Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día

A petición del Asegurado, el equipo médico del prestador de Servicios de Asistencia le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, dudas con relación a la utilización de medicamentos o, en situaciones cuya solución no requieren la presencia de un médico. Acceso a través de un número 800 911 2639. Servicio ilimitado.

b. Envío de médico general a domicilio

A solicitud del Asegurado, el Prestador de Servicios de Asistencia gestionará el envío de un médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo. El Asegurado deberá pagar el costo del servicio. Servicio ilimitado.

c. Pago y envío de ambulancia terrestre

Si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica por los medios indicados por el equipo médico del prestador de Servicios de Asistencia (ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar) al centro hospitalario más cercano apropiado a la condición médica del Asegurado.

Serán cubiertos también los traslados de hospital a hospital o de hospital a Residencia Permanente del Asegurado, cuando estos sean recomendados por el médico tratante y el equipo médico del prestador de Servicios de Asistencia.

Este servicio está limitado a 2 (dos) eventos gratuitos durante la vigencia de la Póliza.

3. Referencias Médicas

a. Referencia médica

Este servicio consiste en la concertación de cita con médicos generales o especialistas (de todas las especialidades con médicos del equipo del Prestador de Servicios) o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad, todos los gastos derivados de las consultas del primer nivel de atención o del segundo nivel de especialidad; correrán por cuenta del Asegurado. Servicio ilimitado.

b. Referencia de laboratorios clínicos

Referencia de estudios de laboratorio como: biometría hemática, química sanguínea, VDRL, VIH, antígeno prostático, etc. Servicio ilimitado en número de eventos de acuerdo con la red médica vigente.

c. Referencia a gabinetes médicos de imagen

Referencia de estudios de gabinete (incluye estudios de radiología: ultrasonido, tomografías, etc.; así como estudios de electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopias, etc.). Servicio ilimitado.

d. Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

Se otorga a solicitud del Asegurado normalmente en situaciones no urgentes y con informe médico en las que se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general al Asegurado, gestionándose el envío de un(a) enfermero(a) hasta su domicilio o al lugar donde este se encuentre al momento de solicitarlo. Servicio ilimitado.

e. Referencia dental

Referencia de prestadores de servicios dentales que podrán ofrecerle: radiografías, prevención, operatoria dental, odontopediatría, endodoncia, cosmética dental, cirugía bucal, prótesis bucal y prostodoncia, tratamiento periodontal y ortodoncia, más dos servicios de limpieza dental al año sin costo. Servicio ilimitado.

f. Referencias ópticas

Se ofrecen referencias de ópticas de reconocido prestigio. Servicio ilimitado.

g. Referencias de farmacias

Referencia de farmacias que ofrecen medicamentos de patente y controlados. Servicio ilimitado

h. Exclusiones

1. La Compañía por conducto del prestador de Servicios de Asistencia, no prestará los servicios en de los siguientes casos:

a) Cuando la situación de asistencia sea derivada de la participación del Asegurado de este apartado en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) Las solicitudes de Servicios de Asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza correspondiente.

2. No se cubrirán los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.

4. Asesoría Jurídico Testamentaria

Consiste en una consulta telefónica en materia testamentaria con un notario y/o abogado especialista, no incluye el gasto por trámites, ni honorarios de abogados o notarios.

5. Servicio de Tanatología

Ofrece una guía de apoyo que ayudará al familiar a entender el proceso de duelo en el que se encuentra por el fallecimiento del Asegurado. Cada asesoría tiene una duración de 55 minutos aproximadamente y se otorgará de manera presencial siempre y cuando en la localidad donde se solicite lo permita, en caso contrario el Servicio de Asistencia será vía telefónica. El Servicio de Tanatología brindará seis sesiones con un especialista.

6. Referencia de Agencias Funerarias

En caso de fallecimiento del Asegurado, el proveedor de asistencia proporcionará información y concertará una cita en las principales agencias funerarias. Este servicio se proporcionará en las principales ciudades de la República Mexicana.

Adicionalmente, el Asegurado podrá solicitar vía telefónica al proveedor de asistencia la disponibilidad de agencias funerarias según la localía y ubicación del evento. Sin límite de eventos.

7. Servicio de Gestión de Administración Integral de Decesos (GAID)

Para solicitar los servicios GAID, los Beneficiarios o familiares del Asegurado se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía; estos Servicios se prestarán a través del proveedor en convenio, quien se compromete a otorgar el servicio que más adelante se detalla para los familiares del Asegurado al momento de ocurrir el fallecimiento de este último.

El Servicio GAID estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Apoya en la ejecución de trámites administrativos no funerarios vinculados al deceso, como llenado de formularios para los siguientes trámites:

- Cobro de seguros
- Trámites bancarios
- Cancelación de membresías
- Trámites ante el IMSS e ISSSTE
- Recuperación de Afores
- Cierre de Hipotecas
- Cierre de créditos (automotrices y personales)
- Trámites ante la SHCP

El Servicio GAID no implica la aceptación y procedencia del pago de la Cobertura por Fallecimiento, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento del Asegurado.



VI. 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, vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente conforme a la cláusula 5. Pago de la Prima, de la sección VI.

2. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando vía telefónica la nueva designación a la Compañía, lo que constará por escrito mediante la entrega nuevamente de la Carátula de Póliza que al efecto emita la Compañía.

En caso de no recibirse la notificación de cambio de Beneficiarios 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 Asegurado puede renunciar al derecho de modificar Beneficiarios, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible, en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal de Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y este último no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, en los términos del artículo 187 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, salvo que el Contratante haya dispuesto otra cosa.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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. Incremento automático por inflación

La Suma Asegurada y Prima se incrementará de manera automática en cada aniversario de la Póliza, de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor anual (INPC) publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los primeros 10 (diez) días del mes de enero de cada año. La Prima actualizada corresponderá a la tarifa vigente en la fecha de renovación.

Las coberturas adicionales con costo que contenga la Póliza se incrementarán en la misma proporción.

4. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, desde el inicio de vigencia en caso de existir omisiones o inexactas declaraciones en:

- 1) Solicitud del seguro.
- 2) El cuestionario médico.
- 3) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

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

5. Pago de la Prima

El Contratante pagará la Prima de forma mensual o anual a través de la tarjeta bancaria que tenga registrada para este fin. Los comprobantes bancarios donde aparezca el pago de la Prima servirán como comprobantes de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del Asegurado o número de confirmación de la transacción. El Contratante deberá verificar que se hizo el pago correspondiente, en caso contrario se deberá comunicar a los teléfonos proporcionados por la Compañía.

Si no hubiese sido pagada la Prima dentro del Periodo de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, en los términos del artículo 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

6. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Dólares de los Estados Unidos de América de acuerdo a lo especificado en la Carátula de Póliza. Moneda de curso legal en los Estados Unidos de América

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

El Pago de la Prima y de las indemnizaciones a cargo de la Compañía serán liquidadas y pagadas en moneda nacional, pesos, conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse el pago, entregando el equivalente en pesos calculados tomando en consideración el tipo de cambio de venta de dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación a la fecha del pago. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes en sustitución o de manera emergente.

7. 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 naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la Carátula de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Carátula 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 la entrega nuevamente de la Póliza registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

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

8. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito en los domicilios señalados y/o por los medios electrónicos referidos 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 éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Carencia de Restricciones

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

10. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este

Contrato de Seguro por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la parte no devengada de la última Prima pagada en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

11. Aviso de Siniestro

El Asegurado y, en su caso, el Beneficiario tan pronto tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía 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.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado y Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

12. Comprobación del Siniestro

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

- Formato de reclamación actual para personas físicas, que será entregado por la Compañía.
- Acta de defunción del Asegurado.
- Documentación contractual (carátula de Póliza, endosos, solicitud de aseguramiento) si se encuentran en poder del Beneficiario.
- Acta de nacimiento del Asegurado y del Beneficiario.
- Identificación oficial del Asegurado, si lo tuviere, y del Beneficiario vigente con fotografía y firma.
- Comprobante de domicilio del Beneficiario no mayor a 3 meses de antigüedad.
- Certificado médico de defunción.
- Acta de matrimonio.
- Estado de cuenta bancario a nombre del beneficiario, que indique RFC y cuenta clabe.
- Juicios y/o jurisdicciones según sea el caso.

En caso de que por las condiciones o características especiales del Siniestro se requiera información adicional, la Compañía podrá solicitar del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

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

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del Siniestro. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza, correspondiente o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía rescindirá la Póliza y únicamente se devolverá la parte no devengada de la última Prima pagada en el plazo de 5 días hábiles.

14. Pago de la Suma Asegurada

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

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 compensadas de la indemnización correspondiente.

15. Intereses Moratorios

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

16. Impuestos

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

17. Prescripción

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

- En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- En 2 (dos) años, en los demás casos.

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

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

18. Competencia

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

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

Unidad Especializada de Atención a Quejas: ubicada en la dirección indicada al pie de página. Desde el interior de la República Mexicana Tel. 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Ciudad De México: 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas o escríbanos a: .

Condusef: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad De México, C. P 03100, Tel. 55 5340 0999 y 800 999 80 80, .

19. Terminación del Contrato de Seguro

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

- Fecha de término del periodo de Vigencia.
- El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- A falta de pago de la Prima, de conformidad con lo establecido en la Cláusula 5. Pago de la Prima de estas Condiciones Generales.

- d) A petición del Contratante o Asegurado, quien puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por el medio por el cuál contrató el seguro, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso la Compañía debe verificar la identidad del solicitante y asignarle un número consecutivo de atención (folio), En caso de ser procedente, devolverá al Contratante la Prima neta no devengada a la fecha de cancelación, en un plazo que no excederá de 5 días hábiles y a través del mismo medio por el cual se realizaban los cargos correspondientes al pago de la Prima.
- e) No aplica rehabilitación en caso de cancelación de Póliza.

20. Revelación de Comisiones

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

21. Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 4. 10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o la prestación de servicios de Personas Morales Distintas de Agente de Seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme con lo siguiente.

- a) El Contratante y/o Asegurado obtendrá del (interlocutor o la página de Internet) la información general de la Póliza, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
- b) El Contratante y/o Asegurado obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:

Vía telefónica, responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar, proporcionar los datos de autenticación del solicitante e información necesaria para la celebración del Contrato de Seguro o Póliza.

Internet, ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica, sus datos personales, del Asegurado y la información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la Prima y su dirección de correo electrónico.

Para la identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la Prima o en su defecto mediante el envío, vía mensaje de texto, de una contraseña dinámica de un solo uso enviada al número telefónico proporcionado por el solicitante, la cual deberá proporcionar al interlocutor o ingresar a la página de internet. El uso de los medios de autenticación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con firma autógrafa y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

- c) La Compañía hará saber al Contratante y/o Asegurado de manera fehaciente y a través del mismo medio, su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante y/o Asegurado el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.
- d) La Compañía informará al Contratante y/o Asegurado sobre la forma de renovar la Póliza.
- e) La Compañía preguntará al Contratante el medio por el cual desea recibir su Documentación Contractual. La Compañía entregará la Documentación Contractual al Contratante a través del medio elegido por este; de forma adicional le proporcionará la dirección de la página de Internet donde el Contratante podrá consultar las presentes Condiciones Generales, así como los datos de contacto para la atención de Siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada de Atención a Clientes.

Al realizar la contratación de este seguro por medios electrónicos, el Contratante y/o Asegurado acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante y/o Asegurado. Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia de la Póliza, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía, garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante, a través de la llamada telefónica, internet o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la celebración de esta Póliza. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la Prima.

Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de Operaciones a través de “Medios Electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en las siguientes direcciones electrónicas: axa.mx

22. Entrega de la Documentación Contractual

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

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Carátula de Póliza, el Asegurado deberá llamar a la línea de Atención a Clientes donde la Compañía podrá entregar la documentación contractual.

23. Renovación

Este Contrato de Seguro se renovará de manera automática por periodos de un año, salvo que el Asegurado notifique a la Compañía instrucción en contrario; la renovación se realizará en los siguientes términos:

- a) Condiciones de aseguramiento congruentes a las originalmente contratadas, las cuales incluyen que no será posible cambiar las limitaciones de las coberturas en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera ni reducir límites de edad.
- b) Sin requisitos de asegurabilidad.
- c) No implicará modificación de los periodos de espera.
- d) En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía.
- e) 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.

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

24. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

25. Sanciones

Quedará excluida cualquier cobertura, pago o prestación que pueda exponer a AXA Seguros S. A. de C. V. a cualquier tipo de sanción, prohibición o restricción en virtud de cualquier resolución o regulación de Naciones Unidas, o regulaciones, leyes, sanciones económicas o de comercio impuestas por la Unión Europea (o cualquiera de sus países miembros), el Reino Unido o los Estados Unidos de América o los Estados Unidos de América, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México, un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, evasión fiscal, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.



VII. Artículos Citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

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

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado

omitiera el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

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

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

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

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

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

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta 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.

Artículo 187.- Si el asegurado omite expresar el grado de parentesco o designa como beneficiarios de su Póliza a personas que no deben suceder como herederos y falte indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

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

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios

electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá

llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta 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 ésta 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, éste 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, ésta 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 éstas 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;

...

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.

...



VIII. Abreviaturas

- **INPC** - Índice Nacional de Precios al Consumidor
- **CNSF** - Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- **LSCS** - Ley sobre el Contrato de Seguro
- **LISF** - Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
- **DOF** - Diario Oficial de la Federación
- **CG** - Condiciones Generales
- **Condusef** - Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
- **SA** - Suma Asegurada
- **UNE** - Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía



IX. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 1 de Septiembre de 2025, con el número PPAQ-S0048-0058-2025/CONDUSEF- 006984-01



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx