

Vida y Ahorro

Condiciones generales
Vida DBTS



Índice

| | Página | | Página |
|---|----------|---|-----------|
| I. Objeto del seguro | 3 | V. Descripción del seguro | 6 |
| | | 1. Cobertura por Fallecimiento | 6 |
| II. Leyes aplicables | 3 | 2. Vigencia | 6 |
| | | 3. Edades de aceptación | 6 |
| III. Definiciones | 3 | VI. Beneficios incluidos | 6 |
| 1. Asegurado | 3 | 1. Anticipo por Fallecimiento | 6 |
| 2. Beneficiario | 3 | 2. Anticipo por Enfermedades Terminales | 7 |
| 3. Compañía | 3 | VII. Cobertura adicional | 10 |
| 4. Contratante | 3 | 1. Cobertura adicional por Muerte | |
| 5. Diabetes o Diabetes Mellitus | 3 | Accidental | 10 |
| 6. Dotal a Corto Plazo | 3 | VIII. Cláusulas generales | 11 |
| 7. Enfermedad Preexistente | 3 | 1. Designación de Beneficiarios | 11 |
| 8. Estado de Cuenta | 4 | 2. Pago de la Prima | 11 |
| 9. Extraprima | 4 | 3. Moneda | 12 |
| 10. Fondo en Administración | 4 | 4. Corrección del Contrato de Seguro | 12 |
| 11. Periodo de Espera | 4 | 5. Indisputabilidad | 12 |
| 12. Póliza o Contrato de Seguro | 4 | 6. Omisiones o Inexactas Declaraciones | 13 |
| 13. Prima | 4 | 7. Notificaciones | 13 |
| 14. Recargo Fijo | 4 | 8. Cambio de Ocupación | 13 |
| 15. Siniestro | 4 | 9. Rehabilitación | 13 |
| 16. Suma Asegurada | 4 | 10. Carencia de Restricciones | 13 |
| IV. Procedimientos | 4 | 11. Suicidio | 14 |
| 1. Incrementos programados de Suma Asegurada | 4 | 12. Comprobación del Siniestro | 14 |
| 2. Incrementos no programados de Suma Asegurada | 5 | 13. Verificación de Edad | 14 |
| 3. Disminución de Suma Asegurada | 5 | 14. Pago del Seguro | 15 |
| 4. Pruebas de asegurabilidad | 5 | 15. Intereses Moratorios | 15 |
| 5. Descuentos de edad | 5 | 16. Impuestos | 15 |
| 6. Funcionamiento del Dotal a Corto Plazo | 5 | 17. Prescripción | 15 |
| 7. Funcionamiento del Fondo en Administración | 6 | 18. Competencia | 16 |
| 8. Pago Automático de Primas | 6 | 19. Envío de Estado de Cuenta | 16 |
| 9. Continuidad de la protección | 6 | 20. Terminación del Contrato de Seguro | 16 |
| | | 21. Revelación de Comisiones | 16 |

Página

| | |
|--|-----------|
| IX. Servicios de Asistencia para la Atención de la Diabetes | 17 |
| 1. Servicios de Asistencia Médica para Control de la Diabetes | 17 |
| a. Cita Médica y Consulta en Consultorio para Control de la Diabetes | 17 |
| b. Cita con Laboratorio Clínico y Estudios para el Control de la Diabetes | 17 |
| c. Seguimiento del Control de la Diabetes | 18 |
| d. Servicio Opcional para la Compra de Medicamentos a Domicilio | 18 |
| 2. Tu médico 24 horas® | 18 |
| a. Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día | 18 |
| b. Consultas Médicas a Domicilio | 18 |
| c. Traslado Médico de Emergencia | 18 |
| d. Seguimiento de la Emergencia | 19 |
| 3. Referencias Médicas | 19 |
| a. Referencias de Asociaciones para Diabéticos | 19 |
| b. Referencia Médica | 19 |
| c. Referencia de Laboratorios Clínicos | 19 |
| d. Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen, Servicios de Enfermería General a Domicilio, Dental, Ópticas y Farmacias | 19 |
| X. Artículos citados | 20 |
| XI. Registro | 27 |

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

Vida DBTS

Condiciones generales

I. Objeto del seguro

Es un seguro de vida temporal para personas que tengan diagnosticada la enfermedad denominada Diabetes al momento de la contratación de la Póliza, que en caso de fallecimiento del Asegurado pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada alcanzada al momento de su fallecimiento. Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado tendrá acceso a servicios de asistencia para el control y seguimiento de la Diabetes.

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en la carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en éste, a partir del momento en que la Compañía notifique al Contratante la aceptación de su solicitud.

II. Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley General de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro 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. Asegurado

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

2. Beneficiario

Aquella(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización).

En caso de proceder la indemnización del Anticipo por Enfermedades Terminales se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Compañía

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

4. Contratante

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

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

5. Diabetes o Diabetes Mellitus

Enfermedad crónica del metabolismo caracterizada por glucosa elevada en la sangre, como resultado de la falta, disminución o resistencia a la insulina. Se consideran dos tipos de Diabetes Mellitus:

- a) **Diabetes Mellitus Insulinodependiente o Tipo 1.**
Falta absoluta de producción de insulina.
- b) **Diabetes Mellitus Tipo 2.**
Disminución de insulina o una deficiente utilización de glucosa por el organismo.

6. Dotal a Corto Plazo

Cobertura adicional con costo por Fallecimiento o Supervivencia mediante la cual se podrá obtener un ahorro. Se podrá contratar en cualquier momento y cuantas veces así lo solicite el Contratante durante la vigencia de la Póliza.

7. Enfermedad Preexistente

Lesión o enfermedad cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este Contrato de Seguro que:

-
- a) Haya sido diagnosticada por un médico.
 - b) Provoque un gasto.
 - c) Sea conocida y no declarada por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

8. Estado de Cuenta

Es el informe periódico remitido al domicilio del Contratante en donde se le indican los movimientos registrados durante el periodo de reporte.

9. Extraprima

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

10. Fondo en Administración

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

11. Periodo de Espera

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

12. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, cuestionario de diabetes, así como la carátula de la Póliza, las condiciones generales y los endosos.

13. Prima

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

14. Recargo Fijo

Es un monto que se actualiza anualmente y se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

15. Siniestro

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

16. Suma Asegurada

Es el 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. En la Suma Asegurada se consideran todos los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

IV. Procedimientos

1. Incrementos programados de Suma Asegurada

Únicamente aplican para Pólizas referenciadas en Moneda Nacional. El Contratante podrá elegir que la Suma Asegurada se incremente anualmente en el aniversario de la Póliza en forma automática, dicho incremento será con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) publicado por el Banco de México, observado durante los 12 (doce) meses inmediatos anteriores a la fecha de ajuste, ésta última fecha será 3 (tres) meses antes de la fecha de renovación de la Póliza.

Los aumentos así pactados se realizarán sin necesidad de exámenes médicos, la nueva Prima estará en función de la edad alcanzada que tenga el Asegurado y se calculará a partir de las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los incrementos correspondientes tendrán vigencia a partir de la fecha del pago de la Prima que corresponda.

Cancelación. Los incrementos programados de la Suma Asegurada dejarán de surtir efecto en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años.
- b) Cuando el Contratante comunique por escrito a la Compañía su decisión de cancelar los incrementos y aplicará en el aniversario siguiente que corresponda.
- c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el Anticipo por Enfermedades Terminales.

Reinstalación. En caso de que el Contratante hubiera solicitado cancelar los incrementos a que hace referencia esta cláusula, podrían reinstalarse dentro

del periodo de vigencia de la Póliza, mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de la reinstalación del incremento.
- b) Comprobar a su costa y a satisfacción de la Compañía que reúne las condiciones necesarias de salud, edad y asegurabilidad en general.

La fecha en la que se hubiera reinstalado el incremento de Suma Asegurada se tomará como base para efecto de las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio.

2. Incrementos no programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en cualquier momento, siempre que no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que determine y la aceptación estará sujeta a las políticas de selección de riesgos de la misma. Todos los incrementos de Suma Asegurada solicitados por el Contratante en fecha posterior al inicio de vigencia estarán sujetos a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio a partir de su otorgamiento.

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

Cancelación. Dejarán de otorgarse los incrementos no programados de la Suma Asegurada en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años.
- b) A petición del Contratante, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.
- c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el Anticipo por Enfermedades Terminales.

3. Disminución de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones

en el importe de la Suma Asegurada de su Póliza, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y éstas se soliciten con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago de Prima convenida por las partes.

La nueva Prima se ajustará a la Suma Asegurada solicitada, misma que se calculará de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los pagos de Prima subsecuentes contarán con la disminución solicitada, los pagos efectuados con anterioridad a la solicitud de disminución de Suma Asegurada no serán objeto de reembolso por haberse corrido el riesgo sobre la Suma Asegurada por ese periodo.

4. Pruebas de asegurabilidad

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

5. Descuentos de edad

Para la cobertura por Fallecimiento y la cobertura adicional contratada, la Compañía aplicará los siguientes descuentos basándose en la edad de contratación:

- a) Para efectos de cálculo de Primas, la Compañía otorgará al Asegurado un descuento por no ser fumador de 2 (dos) años con respecto a su edad; este descuento está sujeto a los requisitos de selección vigentes al momento de la solicitud del seguro.
- b) Una vez aplicado el descuento, la edad mínima de cálculo no podrá ser inferior a 18 (dieciocho) años.

6. Funcionamiento del Dotal a Corto Plazo

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá contratar la cobertura de Dotal a Corto Plazo con la finalidad de ahorrar de manera adicional en su Póliza.

El Dotal a Corto Plazo se registrará por las siguientes condiciones:

- a) Su vigencia será de 1 (un) mes a partir de la fecha en que ingrese la Prima a la Compañía.
- b) Al vencimiento del Dotal a Corto Plazo, se enviará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Fondo en Administración.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura Dotal a Corto Plazo, los Beneficiarios designados en la Póliza recibirán la

Suma Asegurada de estos Dotales a Corto Plazo más el monto y los intereses acumulados en el Fondo en Administración.

La contratación de estos Dotales a Corto Plazo estará sujeta a que la Compañía los tenga disponibles como parte de su oferta en el momento que se soliciten.

7. Funcionamiento del Fondo en Administración

La Compañía invertirá los vencimientos de los Dotales a Corto Plazo conforme a lo establecido en las Reglas Generales para la Administración de las Operaciones a que se refiere la fracción XXI del artículo 118 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como para la emisión de Estado de Cuenta por las inversiones realizadas como parte de dichas operaciones en términos del artículo 207 de la misma Ley.

El Contratante podrá hacer retiros de este Fondo en Administración, mediante un aviso por escrito y la entrega de la documentación requerida por la Compañía para tal efecto.

La tasa con la que se calcularán los intereses a otorgar en este fondo no está garantizada y podrá variar durante la vigencia de la Póliza.

En caso de que el Contratante suspenda el pago de la Póliza, las Primas correspondientes se pagarán del Fondo en Administración conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago automático de Primas y cuando éste se agote se cancelará la Póliza por falta de pago.

En caso de fallecimiento del Asegurado, y si existiera un saldo en el Fondo en Administración, éste será pagado al Contratante, salvo que este último sea el Asegurado en cuyo caso se pagará a los Beneficiarios designados y quedará cancelado el Fondo en Administración.

El Contratante recibirá el saldo vigente del Fondo en Administración en caso de que la Póliza sea cancelada o al término del plazo de seguro.

8. Pago automático de Primas

Si la Compañía no recibe el pago de la Prima de conformidad con lo dispuesto en la cláusula de Pago de la Prima, incluyendo los incrementos de Suma Asegurada pactados, el Asegurado acepta que se le descuente la cantidad necesaria o disponible para pagar total o parcialmente la Prima de manera automática del Fondo en Administración.

9. Continuidad de la protección

Este seguro no se renueva de forma garantizada. La continuidad de la protección procederá cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Ingresar a la Compañía la solicitud de este seguro hasta 30 (treinta) días antes del término de la vigencia de esta Póliza.
- b) Los exámenes para control de la diabetes incluidos en el seguro deberán tener una vigencia menor o igual a 6 (seis) meses.
- c) Cumplir con los criterios de asegurabilidad vigentes.
- d) Al nuevo inicio de la vigencia, la edad del Asegurado no podrá ser mayor a 70 (setenta) años.

En caso de proceder la continuidad de la protección, la Prima se calculará de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado.

V. Descripción del seguro

1. Cobertura por Fallecimiento

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

2. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y vencerá al terminar el plazo de seguro contratado.

3. Edades de aceptación

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

VI. Beneficios incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un monto equivalente a 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada por la cobertura por Fallecimiento, siempre y cuando esta cantidad no supere el equivalente a 3 (tres) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal, a la fecha de fallecimiento.

Este Anticipo por Fallecimiento será procedente, siempre y cuando: (i) hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de (a) la expedición de la Póliza, (b) de su última rehabilitación, o (c) la contratación de un incremento no programado de la Suma Asegurada correspondiente, y (ii) el Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del Certificado de Defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados y de la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada alcanzada al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá el porcentaje anticipado sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario.

El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del Siniestro toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que éste tenga sobre la cobertura no sea menor al importe del anticipo que la Compañía conviene en dar bajo la presente cláusula.

En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, éste se otorgará en la misma proporción de acuerdo a la designación que haya hecho el Asegurado.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por Fallecimiento, sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales que cumplan con las características detalladas a continuación:

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

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

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

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

En caso de determinar la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados, así como los costos del peritaje. De no proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

a) Infarto al Miocardio

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.

-
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
 3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. El Infarto al Miocardio requiera atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
3. Se demuestre a la Compañía el estado de Enfermedad Terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

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

c) Accidente Vascular Cerebral

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro, causando déficit neurológico que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

d) Cáncer

Para efectos de este beneficio, se entenderá como Cáncer la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, con la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis.

Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada, leucemias de cualquier tipo.

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

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

e) Insuficiencia Renal

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

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

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

La cantidad que por este beneficio se pague no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal.

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una de las Enfermedades Terminales por única ocasión.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que la Póliza se encuentre vigente al momento del Siniestro.
- b) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando la Póliza en vigor.
- c) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, éstos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- d) Que haya transcurrido al menos un Periodo de Espera de 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza y de la fecha en que un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, diagnostique al Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados.
- e) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la determinación del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

- a) El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.**
- b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**
- d) Enfermedad Preexistente.**

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular Única Capítulo 20.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar que se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia.

Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y, en caso de existir algún costo deberá liquidarlo la Compañía.

VII. Cobertura adicional

En caso de haberse contratado la cobertura adicional con costo y ésta se encuentre vigente y listada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión, aplicarán las siguientes cláusulas.

1. Cobertura adicional por Muerte Accidental

a) Definición de Accidente

Es un 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 provocada intencionalmente por el Asegurado.

- b) Descripción de la cobertura Muerte Accidental (DI)** Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios, por concepto de indemnización, la Suma Asegurada alcanzada por esta cobertura.
- c) Edades de aceptación**
Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad.

d) Exclusiones

La cobertura adicional por Muerte Accidental no ampara:

1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

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

navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

2. Muerte ocurrida a consecuencia de los siguientes eventos:

- a) **Enfermedad física o mental.**
- b) **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- d) **Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando estos tres últimos fueron prescritos 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, como consecuencia del mismo.**

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

e) Cancelación

La cobertura de Muerte Accidental se cancelará en el momento en que se presente cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años.
- 2. Al término del plazo de seguro.
- 3. Por falta de pago de Primas.
- 4. A solicitud expresa del Contratante.

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

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

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

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

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

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica y la cobertura adicional, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

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

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la primera fracción de ésta. En el caso de las Primas subsecuentes, los pagos vencerán al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado se aplicará lo establecido en la cláusula de Pago Automático de Primas. En caso de agotarse el saldo del Fondo en Administración, el Contrato de Seguro se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, pago referenciado en bancos (pago en ventanilla del banco, pago en línea por transferencia o cargo a tarjeta bancaria), en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

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

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Moneda Nacional, Dólares de los Estados Unidos de América o Unidades de Inversión (UDI) de acuerdo a lo especificado en la carátula de la Póliza.

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

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

Dólares de los Estados Unidos de América

Las obligaciones de pago de Prima se solventarán 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. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán con la entrega del equivalente en Moneda Nacional calculados a la fecha en que se efectúe el pago, 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. 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.

Unidades de Inversión (UDI)

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

4. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

5. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última rehabilitación, en caso de existir Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en (i) la solicitud del seguro, (ii) el cuestionario de diabetes, o (iii) 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 incremento, la cobertura adicional o incremento será disputable durante los primeros 2 (dos) años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones
El Contratante y Asegurado, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía —mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada—, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como 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 éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

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

7. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

8. Cambio de Ocupación

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

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

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

9. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 1 (un) año de la cancelación y se encuentre dentro del plazo de seguro.

De cualquier forma quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

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

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

10. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación al tipo de vida, residencia o viajes del Asegurado, con excepción de lo establecido en la cláusula de Cambio de Ocupación.

En caso de agravación esencial del riesgo durante el curso del seguro, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11. Suicidio

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

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de cobertura adicional 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 la inclusión de cobertura adicional.

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

12. Comprobación del Siniestro

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

- a) Póliza original, en caso de no tenerla anexar carta en donde se explique el motivo.
- b) Último recibo de pago.
- c) Solicitud de reclamación.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Acta de defunción.

- f) Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar a la enfermedad.
- g) Identificación oficial del Asegurado.
- h) Acta del Ministerio Público en caso de Muerte Accidental.

No obstante los documentos antes listados, la Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas contratadas, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

13. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad 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 fallecimiento del Asegurado.

En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza 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 Compañía, la Compañía rescindiré el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indica:

-
- a) 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 Compañía 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.
 - b) Si la Compañía 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 hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
 - c) 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 Compañía 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.
 - d) 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 Compañía 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 la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

14. Pago del Seguro

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

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

La Prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

15. Intereses Moratorios

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

16. Impuestos

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

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

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”.

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

Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento, éstas deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen. Para reclamaciones por Anticipo por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía de satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta 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.

19. Envío de Estado de Cuenta

En caso de haberse contratado Dotationes a Corto Plazo, la Compañía enviará periódicamente al Contratante un Estado de Cuenta, el cual cumplirá con las disposiciones establecidas en el artículo 207 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el Capítulo 4.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

El Contratante, no obstante lo anterior, puede solicitar información relativa de su Fondo en Administración en cualquier momento contactando a la Compañía.

20. Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Con el pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- b) La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Asegurado o Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.
- c) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- d) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- e) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- f) Por falta de pago de Primas, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso la Compañía no se obliga a notificar al Asegurado de la cancelación del Contrato de Seguro.

21. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que

no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

IX. Servicios de Asistencia para la Atención de la Diabetes

La Compañía será la responsable por los Servicios de Asistencia que serán proporcionados por un tercero, en adelante Prestadores en convenio o Médico en convenio y aplican únicamente en la República Mexicana y sólo para el Asegurado.

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

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

- a) Nombre completo y número de Póliza.
- b) Domicilio completo y datos generales.

1. Servicios de Asistencia Médica para Control de la Diabetes

a) Cita Médica y Consulta en Consultorio para Control de la Diabetes

El Asegurado contará con el servicio de gestión de una cita médica y de la consulta correspondiente en consultorio, con un médico endocrinólogo, internista o general en convenio, una vez al año por cada aniversario de la Póliza. Este servicio será sin costo para el Asegurado. El primer servicio de gestión se deberá realizar en el segundo semestre de vigencia de la Póliza.

Una vez que se haya realizado el pago de la Prima, el Asegurado recibirá una llamada telefónica por parte de la Compañía dentro los siguientes 30 (treinta) días o deberá comunicarse al número telefónico que determine la Compañía con el objeto de solicitar el servicio de Cita Médica y Consulta en Consultorio para Control de la Diabetes.

Cuando el Prestador en convenio no cuente con un médico en convenio en la localidad, el Asegurado tendrá la opción de reembolso de los gastos erogados por la consulta con un médico de su preferencia, de acuerdo a los costos vigentes establecidos por el Prestador en convenio.

El Asegurado deberá solicitarlo y acreditar al Prestador en convenio el gasto efectuado por este concepto, con los comprobantes respectivos.

En caso de requerir consultas médicas adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos con precios preferenciales otorgados por el Prestador en convenio.

b) Cita con Laboratorio Clínico y Estudios para el Control de la Diabetes

El Asegurado contará con el servicio de gestión de una cita en el laboratorio en convenio de su elección para la toma de sangre y la práctica de los siguientes estudios de laboratorio: examen general de orina, determinación en sangre de hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos, sin costo, una vez al año por cada aniversario de la Póliza. Estos estudios deberán ser practicados previamente a la cita médica en consultorio como parte del seguimiento y control de la Diabetes. El primer servicio de gestión se deberá realizar en el segundo semestre de vigencia de la Póliza.

Una vez que se haya realizado el pago de la Prima, el Asegurado recibirá una llamada telefónica por parte de la Compañía dentro los siguientes 30 (treinta) días o deberá comunicarse al número telefónico que determine la Compañía con el objeto de solicitar el servicio de Cita con el Laboratorio y Estudios para Control de la Diabetes.

Cuando el Prestador en convenio no cuente con un laboratorio clínico en convenio en la localidad para los estudios de laboratorio: examen general de orina, determinación en sangre de hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos, practicados por el laboratorio que le preste el servicio con motivo del control de la Diabetes, el Asegurado tendrá la opción de reembolso de los gastos erogados, de acuerdo a los costos vigentes establecidos por el Prestador en convenio. El Asegurado deberá solicitarlo y acreditar al Prestador en convenio el gasto efectuado por este concepto, con los comprobantes respectivos.

En caso de requerir estudios de laboratorio adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos con precios preferenciales otorgados por el Prestador en convenio.

c) Seguimiento del Control de la Diabetes

Como parte del Contrato de Seguro, el Asegurado autoriza con la mayor amplitud a los médicos, laboratorios o instituciones médicas que lo atiendan para que informen al Prestador en convenio y a la Compañía todos sus antecedentes médicos, para tal efecto los libera expresamente del secreto profesional, asimismo el Asegurado autoriza a la Compañía para utilizar esta información para el conocimiento y seguimiento de la evolución de su enfermedad durante el plazo de seguro.

La Compañía tendrá la responsabilidad de realizar una llamada al Asegurado días después de ocurrida la consulta y a la práctica de los estudios de laboratorio para dar seguimiento al resultado de la atención médica y recabar los datos necesarios para el registro de sus condiciones de salud.

La Compañía tendrá la obligación de resguardar la información de manera estrictamente confidencial, con el único objeto de llevar un registro de los resultados para conocer las condiciones de salud al término de vigencia del plazo de seguro y que le sirvan de apoyo en la valoración de las condiciones de aceptación de un nuevo seguro por la misma temporalidad. La aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos.

El Asegurado tendrá la obligación de proporcionar la información solicitada. Si negara dicha información al Prestador en convenio o a la Compañía, el Asegurado perderá el beneficio de los servicios médicos sin costo por el resto del plazo de seguro, conservando el derecho de los servicios con descuentos y costos preferenciales que deberá cubrir directamente a los proveedores que le proporcionen el servicio, asimismo al término de vigencia del plazo del seguro deberá presentar los requisitos que la Compañía determine para la evaluación de la contratación de un nuevo seguro por la misma temporalidad.

d) Servicio Opcional para la Compra de Medicamentos a Domicilio

El Asegurado podrá solicitar que le sean enviados a su domicilio los medicamentos para el control de la Diabetes. El Asegurado

pagará directamente al Prestador en convenio los medicamentos al momento en que le sean entregados.

2. Tu médico 24 horas®

a) Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día

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

b) Consultas Médicas a Domicilio

Se otorgará, a criterio del Prestador en convenio, la presencia de un médico para la valoración del Asegurado, gestionándose el envío de un médico a su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo dentro del territorio nacional. El Asegurado pagará directamente al médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta.

c) Traslado Médico de Emergencia

Si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado que elija el Asegurado o su familiar dentro del territorio nacional, si fuera necesario por razones médicas en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

Este traslado se otorgará una vez por cada aniversario de la Póliza. Este servicio será sin costo para el Asegurado. En caso de requerir traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos con precios preferenciales.

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

d) Seguimiento de la Emergencia

La Compañía tendrá la responsabilidad de realizar una llamada al Asegurado días después de ocurrida la emergencia para dar seguimiento al resultado de la atención médica y recabar los datos necesarios para el registro de sus condiciones de salud.

La Compañía tendrá la obligación de resguardar la información de manera estrictamente confidencial, con el único objeto de llevar un registro de los resultados para conocer las condiciones de salud al término de vigencia del plazo de seguro y que le sirvan de apoyo en la valoración de las condiciones de aceptación de un nuevo seguro por la misma temporalidad. La aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos.

d) Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen, Servicios de Enfermería General a Domicilio, Dental, Ópticas y Farmacias

El Asegurado podrá tener la referencia y hacer uso de los servicios siguientes en situaciones no urgentes de acuerdo a los Prestadores en convenio en las plazas en donde se proporcione cada uno de estos servicios, con precios preferenciales:

1. Gabinetes Médicos de Imagen.
2. Servicios de Enfermería General a Domicilio.
3. Dental.
4. Ópticas.
5. Farmacias.

3. Referencias Médicas

a) Referencias de Asociaciones para Diabéticos

El Asegurado podrá contar con la referencia de los servicios proporcionados en asociaciones especializadas en la atención de diabéticos existentes en la localidad.

b) Referencia Médica

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad, la Compañía, a través de un Prestador en convenio, lo referirá con médicos generales o especialistas en convenio, la elección del médico será a cargo del Asegurado.

Las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel de especialidad tienen precios preferenciales, de acuerdo a las plazas en donde se proporcione este servicio.

c) Referencia de Laboratorios Clínicos

El Asegurado podrá obtener la referencia de laboratorios en convenio para practicarse estudios de biometría hemática, química sanguínea y antígeno prostático, con precios preferenciales.

X. Artículos Citados

| LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO | |
|--|---------|
| 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. | Art. 8 |
| Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado. | Art. 9 |
| Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. | Art. 10 |
| Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. | Art. 25 |
| En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda. | Art. 37 |
| Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley. | Art. 40 |
| Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. | Art. 47 |
| El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo. | Art. 52 |
| Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. | Art. 66 |
| La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. | Art. 69 |
| Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. | Art. 70 |
| El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio. | Art. 71 |

| | |
|---|--------------------|
| <p>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.</p> | <p>Art. 76</p> |
| <p>Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p> | <p>Art. 172</p> |
| <p>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.</p> | <p>Art. 176</p> |
| <p>LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS</p> | |
| <p>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:</p> <p>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;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>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.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p> | <p>Art. 50 Bis</p> |

| | |
|---|----------------|
| <p>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.</p> <p>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.</p> | <p>Art. 65</p> |
| <p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento</p> | <p>Art. 66</p> |
| <p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación sólo 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.</p> <p>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.</p> | <p>Art. 68</p> |

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.

Art. 68

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Las Instituciones de Seguros sólo podrán realizar las operaciones siguientes:

- I. Practicar las operaciones de seguros, fianzas, reaseguro y reafianzamiento a que se refiera la autorización que exige esta Ley, sin aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 260, de este ordenamiento;
- II. Celebrar operaciones de Reaseguro Financiero, en términos de lo previsto en el artículo 120 de esta Ley;
- III. Constituir las reservas técnicas previstas en esta Ley;
- IV. Invertir las reservas técnicas, así como los demás recursos que mantengan con motivo de sus operaciones;
- V. Administrar las reservas retenidas a Instituciones de Seguros y a entidades aseguradoras del extranjero, correspondientes a las operaciones de reaseguro y reafianzamiento;
- VI. Dar en administración a las Instituciones de Seguros cedentes o a las entidades aseguradoras del extranjero, las reservas técnicas constituidas por primas retenidas, correspondientes a operaciones de reaseguro o reafianzamiento;
- VII. Efectuar inversiones en el extranjero para respaldar las reservas técnicas o en cumplimiento de otros requisitos necesarios, correspondientes a operaciones practicadas fuera del país;
- VIII. Constituir depósitos en instituciones de crédito y en bancos del extranjero en los términos de esta Ley;
- IX. Recibir títulos en descuento y redescuento, en términos de lo previsto en el artículo 125 de esta Ley;
- X. Otorgar préstamos o créditos;
- XI. Operar con valores, en los términos de las disposiciones de la presente Ley y de la Ley del Mercado de Valores;
- XII. Realizar operaciones de préstamo de valores y reportos, en términos de lo previsto en el artículo 132 de la presente Ley;
- XIII. Realizar Operaciones Financieras Derivadas, en términos de lo previsto en el artículo 133 de esta Ley;
- XIV. Operar con documentos mercantiles por cuenta propia para la realización de su objeto social;
- XV. Proporcionar de manera directa a las sociedades de inversión servicios de distribución de acciones, en los términos de la Ley de Sociedades de Inversión;
- XVI. Adquirir, construir y administrar viviendas de interés social e inmuebles urbanos de productos regulares;
- XVII. Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de su objeto social;
- XVIII. Invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable;
- XIX. Emitir obligaciones subordinadas, las cuales podrán ser no susceptibles de convertirse en acciones, o de conversión obligatoria en acciones, así como emitir otros títulos de crédito, en los términos previstos en el artículo 136 de este ordenamiento;
- XX. Realizar operaciones mediante las cuales transfieran porciones del riesgo de su cartera relativa a riesgos técnicos al mercado de valores, en los términos previstos en el artículo 138 de esta Ley;
- XXI. Administrar las sumas que por concepto de dividendos o indemnizaciones les confíen los asegurados o sus beneficiarios;
- XXII. Administrar las reservas correspondientes a contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, a que se refiere el segundo párrafo de la fracción I del artículo 27 de esta Ley;

Art. 118

| | |
|---|-----------------|
| <p>XXIII. Actuar como institución fiduciaria en negocios directamente vinculados con las actividades que les son propias. Al efecto, se considera que están vinculados a las actividades propias de las Instituciones de Seguros, los fideicomisos de administración en que se afecten recursos relacionados con el pago de primas por los contratos de seguros que se celebren. Asimismo, podrán actuar como institución fiduciaria en los fideicomisos de garantía a que se refiere la Sección Segunda del Capítulo V del Título Segundo de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, sujetándose a lo que dispone el artículo 85 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito. Asimismo, podrán actuar como institución fiduciaria en los fideicomisos de garantía a que se refiere la Sección Segunda del Capítulo V del Título Segundo de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, sujetándose a lo que dispone el artículo 85 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito.</p> <p>Tratándose de Instituciones de Seguros autorizadas para practicar operaciones de vida, también se considerarán vinculados con las actividades que les son propias, los fideicomisos en que se afecten recursos relacionados con primas de antigüedad, fondos individuales de pensiones, rentas vitalicias, dividendos y sumas aseguradas, o con la administración de reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal, complementarias a las que establecen las leyes sobre seguridad social y de primas de antigüedad.</p> <p>En lo no previsto por lo anterior, a las Instituciones de Seguros fiduciarias les será aplicable lo establecido en la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.</p> <p>La Secretaría, oyendo la opinión del Banco de México y de la Comisión, podrá determinar mediante disposiciones de carácter general otros tipos de fideicomisos en los que podrán actuar como fiduciarias las Instituciones de Seguros;</p> <p>XXIV. Actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en el artículo 22 de esta Ley;</p> <p>XXV. Realizar las demás operaciones previstas en esta Ley, y</p> <p>XXVI. Efectuar las operaciones análogas y conexas que autorice la Secretaría oyendo la opinión de la Comisión y, en su caso, del Banco de México.</p> | <p>Art. 118</p> |
| <p>Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> | <p>Art. 276</p> |

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 ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

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

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

Art. 276

XI. Registro

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0048-0135-2012 de fecha 25 de mayo de 2012.

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

La **Unidad Especializada** de nuestra Compañía al teléfono: **01 800 633 9648** para aclaraciones y al **01 800 900 1292** para dudas, o visite **axa.mx**; o bien comunicarse a

Condusef al teléfono: **(55) 5448 7000** en el D.F. y del interior de la República al: **01 800 999 8080** o visite la página **www.condusef.gob.mx**.

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

VI - 416 • OCTUBRE 2015

