



**Respaldo Empresarial Vida
Experiencia Global**



Hombro a hombro crecemos con fuerza

Condiciones Generales

Índice

Página

I. Definiciones	7
1. Accidente Cerebrovascular Agudo	7
2. Adopción	7
3. Asegurado	7
4. Beneficiario	7
5. Cáncer	7
6. Cáncer de Pulmón	7
7. Cáncer de Ovario	7
8. Cáncer de Próstata	8
9. Cáncer Cervicouterino	8
10. Cáncer Testicular	8
11. Cáncer Colorrectal:	8
12. Cáncer de Mama:	8
13. Certificado Individual	8
14. Cirugía	8
15. Compañía	8
16. Consentimiento	8
17. Contratante	8
18. Dependiente Económico	9
19. Desempleo Involuntario	9
20. Dividendo	9
21. Divorcio	9
22. Domicilio Particular	9
23. Endoso	9
24. Enfermedad	9
25. Enfermedad Preexistente	9
26. Etapa de Metástasis	9
27. Etapa Terminal	9
28. Extraprima	10
30. Gastos Funerarios	10
31. Grupo Asegurado	10
32. Hijos	10
33. Hospitalización	10
34. Incapacidad Total Temporal	10
35. Infarto Agudo al Miocardio	10
36. Insuficiencia Renal Crónica	10
37. Insuficiencia Respiratoria	10

	Página
38. Matrimonio	11
39. Mudanza	11
40. Nacimiento	11
41. Osteoporosis	11
42. Pérdida Orgánica	11
43. Periodo de Espera	11
44. Póliza o Contrato de Seguro	11
45. Prima	11
46. Relación de Integrantes	12
47. Trasplante	12
48. Salario Base	12
49. Siniestro	12
50. Suma Asegurada	12
51. Suma Asegurada Máxima	12
52. Titulación	12
53. UMA	12
II. Objeto del Seguro	12
<hr/>	
III. Leyes Aplicables	13
<hr/>	
IV. Descripción del Seguro	13
<hr/>	
1. Características del Grupo Asegurado	13
2. Descripción de la Cobertura Básica	13
3. Edades de Aceptación	13
4. Edad de Renovación	14
V. Beneficios Incluidos	14
<hr/>	
1. Anticipo por Fallecimiento	14
2. Anticipo por Enfermedades Terminales (Este Beneficio solo aplica para el Grupo Asegurado con Relación Laboral)	14
a) Infarto al Miocardio	15
b) Enfermedad Coronaria Obstructiva	15
c) Accidente Vascular Cerebral	16
d) Cáncer	16
e) Insuficiencia Renal	16

	Página
VI. Coberturas Adicionales (Con Costo)	18
1. Coberturas Adicionales por Accidente	18
i. Indemnización por Muerte Accidental (DI)	18
ii. Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)	18
iii. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)	19
2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente	21
iv. Invalidez Total y Permanente (BITP)	22
v. Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA)	22
vi. Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)	22
3. Coberturas Adicionales por Desempleo, Cirugías, Hospitalización, Enfermedad o Cáncer	24
vii. Beneficio adicional de apoyo económico por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal	24
viii. Beneficio adicional por Cirugía	27
ix. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de un accidente	28
x. Beneficio adicional de indemnización por Hospitalización a causa de una Enfermedad	29
xi. Cobertura Adicional de Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio	30
xii. Cobertura Adicional de Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo	31
xiii. Cobertura Adicional de Indemnización por Esclerosis Múltiple	32
xiv. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave	33
xv. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica	34
xvi. Cobertura Adicional de Indemnización por Osteoporosis Grave	35
xvii. Cobertura Adicional de Indemnización por Trasplante	36
xviii. Cobertura adicional por Cáncer	37
xix. Cobertura adicional por Cáncer de Mama	38
xx. Cobertura adicional por Cáncer de Ovario	39
xxi. Cobertura adicional por Cáncer Cervicouterino	40
xxii. Cobertura adicional por Cáncer Testicular	42
xxiii. Cobertura adicional por Cáncer de Próstata	43
xxiv. Cobertura adicional por Cáncer de Pulmón	44
xxv. Cobertura adicional por Cáncer Colorrectal	45

4. Coberturas Adicionales Estilos de Vida	46
xxvi. Apoyo por Gastos Funerarios de un Dependiente Económico (no aplica Periodo de Espera)	46
xxvii. Beneficio Adicional por Matrimonio	47
xxviii. Beneficio Adicional por Divorcio	47
xxix. Beneficio Adicional por Nacimiento o Adopción de un Hijo	48
xxx. Beneficio Adicional por Titulación	49
xxxi. Beneficio Adicional por Conclusión de Bachillerato	50
xxxii. Beneficio Adicional por Mudanza	51

VII. Dividendos **52**

1. Dividendos por Experiencia Global	52
a) Con Dividendos	52
b) Sin Dividendos	52
2. Pago de Dividendos	52
a) Cálculo	52
b) Periodo de Pago	52
c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurredos y No Reportados	53
3. Cláusulas Generales	53
a) Vigencia	53
b) Designación de Beneficiarios	53
c) Pago de la Prima	54
d) Moneda	55
e) Corrección del Contrato de Seguro	55
f) Indisputabilidad	55
g) Omisiones o Inexactas Declaraciones	56
h) Notificaciones	56
i) Cambio de Ocupación	56
j) Rehabilitación	57
k) Renovación	57
l) Carencia de Restricciones	58
m) Suicidio	58
n) Comprobación del Siniestro	58
o) Verificación de Edad	58
p) Pago del Seguro	59
q) Intereses Moratorios	59
r) Impuestos	59
s) Prescripción	59

t) Competencia	59
u) Terminación del Contrato de Seguro	60
v) Revelación de Comisiones	60
4. Procedimientos	60
1. Certificados Individuales	60
2. Relación de Asegurados	61
3. Regla para Determinar Suma Asegurada	61
4. Administración de la Póliza	61
i. Sistema Autoadministrado	61
ii. Sistema Tradicional	63
iii. Sistema a Declaración	64
5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado	66
6. Modificaciones	66
7. Reconocimiento de Antigüedad	67
8. Entrega de la Documentación Contractual	67
5. Listado de Abreviaturas	67
<hr/>	
6. Artículos Citados	68
<hr/>	
7. Registro	75
<hr/>	

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Respaldo Empresarial Vida
Experiencia Global
Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Accidente Cerebrovascular Agudo

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

2. Adopción

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

3. Asegurado

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

4. Beneficiario

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

5. Cáncer

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

- En una zona muy específica, sin invasión a ninguna estructura cercana e incipiente (Cáncer In Situ o Etapa Inicial).
- Con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos y órganos cercanos, afectando o no a ganglios linfáticos regionales (Cáncer no metastásico o Etapa Intermedia).
- Con diseminación por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario para desarrollar nuevos tumores o metástasis (Cáncer metastásico o Etapa Avanzada).

6. Cáncer de Pulmón

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

7. Cáncer de Ovario

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

8. Cáncer de Próstata

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

9. Cáncer Cervicouterino

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

10. Cáncer Testicular

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

11. Cáncer Colorrectal

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

12. Cáncer de Mama

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

13. Certificado Individual

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

14. Cirugía

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

15. Compañía

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

16. Consentimiento

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

17. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Asegurado, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Integrantes de la Póliza.

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

18. Dependiente Económico

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

19. Desempleo Involuntario

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

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

20. Dividendo

Es el monto que, al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, se entrega al Contratante o a los Asegurados del Grupo Asegurado de acuerdo a su contribución al pago de la Prima y al inciso a) del numeral 3 del apartado Pago de Dividendos, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

21. Divorcio

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

22. Domicilio Particular

El inmueble de residencia habitual del Asegurado.

23. Endoso

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

24. Enfermedad

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

25. 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.

26. Etapa de Metástasis

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

27. Etapa Terminal

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

28. Extraprima

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

29. Esclerosis Múltiple

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

30. Gastos Funerarios

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

31. Grupo Asegurado

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

32. Hijos

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

33. Hospitalización

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

34. Incapacidad Total Temporal

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

35. Infarto Agudo 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.

36. Insuficiencia Renal Crónica

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

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

37 Insuficiencia Respiratoria

Es la incapacidad del aparato respiratorio en su función de intercambio de gases (oxigenación de la sangre y eliminación de anhídrido carbónico) necesaria para la actividad celular del organismo.

Se define como Insuficiencia Respiratoria Crónica cuando ocurre de forma progresiva y no completamente reversible.

38. Matrimonio

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

39. Mudanza

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

40. Nacimiento

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

41. Osteoporosis

Es una Enfermedad crónica generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida progresiva de masa ósea, siendo esta pérdida superior a la natural generada por la edad y el género, así como deterioro de la microarquitectura del hueso. La Osteoporosis puede afectar a todo el esqueleto o solo a ciertos huesos. Osteoporosis Grave: es la Osteoporosis cuando la DMO (Densidad de Masa Ósea) es inferior a $-2,5$ gramos de mineral por cm^2 en la escala T, acompañada de fracturas.

42. Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

- a) La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- b) La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.
- c) La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de cuando menos dos falanges de la misma mano.
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

43. 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.

44. Póliza o Contrato de Seguro

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

45. Prima

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

46. Relación de Integrantes

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

47. Trasplante

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

48. Salario Base

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

49. Siniestro

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

50. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el (los) Asegurado (s) estará (n) protegido (s) por la cobertura contratada, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado Individual o Relación de Asegurados correspondiente.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante.

51. Suma Asegurada Máxima

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

52. Titulación

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

53. UMA

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

II. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la Relación de Integrantes de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma y de acuerdo a la Clasificación de Grupo Asegurado, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este Contrato, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

III. Leyes Aplicables

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

IV. Descripción del Seguro

1. Características del Grupo Asegurado

a) Grupo Asegurado con Relación Laboral

Otorga la cobertura establecida en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que tengan relación con el Contratante y cuyo objeto es el de garantizar prestaciones u obligaciones con los Asegurados.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Otorga la cobertura establecida en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la contratación del seguro y que cumplan con alguno de los siguientes supuestos:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación de seguro.
3. Personas que tengan un contrato laboral con el Contratante, pero que se adhieren a este Contrato de Seguro de forma voluntaria quedando a su cargo el pago de la Prima.

Además, los Asegurados de cada uno de estos Grupos Asegurados deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía.
- b) Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.
- c) No estén afectados por estados de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza. Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de invalidez total parcial.

2. Descripción de la Cobertura Básica

Descripción de la Cobertura por Fallecimiento

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los Asegurados, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada con base en los términos estipulados por el Contratante y la Compañía, conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado Individual.

3. Edades de Aceptación

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Las edades de aceptación para el Asegurado establecidas por la Compañía son 15 (quince) años como mínimo, y lo que se expresa en la Carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Las edades de aceptación para el Asegurado establecidas por la Compañía son 12 (doce) años como mínimo, y la máxima hasta 70 (setenta) años.

4. Edad de Renovación

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

V. Beneficios Incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por un máximo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, sin que este pago exceda el equivalente a 2 (dos) veces el valor anual de la UMA al momento del Siniestro.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

- a) Hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de:
 1. La expedición de la Póliza.
 2. De su última rehabilitación.
 3. La contratación de incremento de la Suma Asegurada correspondiente.
- b) El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción del Asegurado, de su identificación oficial por ambos lados, del Certificado Individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario, en caso de que no cuente con él, presentar una carta que exprese los motivos.

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 que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá hasta el 30% (treinta por ciento) sobre el total de la Suma Asegurada vigente a que tiene derecho el Beneficiario, y el remanente le será cubierto al Beneficiario una vez que este presente su reclamación formal a la Compañía.

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

En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales (Este Beneficio solo Aplica para el Grupo Asegurado con Relación Laboral)

La Compañía anticipará el pago del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada contratada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales y cumplan con las características que a continuación se detallan; siempre y cuando, se cumpla con la condición de que se haya originado una evolución progresiva e incurable de la Enfermedad y como consecuencia se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser dictaminada por escrito con fecha y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Además de las Enfermedades Terminales aquí citadas, cualquier Enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal - es decir progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce meses) – para ser cubierta por este beneficio, este diagnóstico deberá constar por escrito con fecha y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

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 por su médico tratante (especialista en la materia) la Enfermedad Terminal, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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 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 y
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 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 y certificado 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.
3. Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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 y
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 y certificado 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 que 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:

1. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente y
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 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 y certificado 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, teniendo 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, ambas en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. 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, 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 y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como pre malignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con el Virus de 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:

1. 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, 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 y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

La cantidad que por este beneficio se pague, no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) veces el valor de la UMA anual.

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar solo una de las Enfermedades aquí listadas por única ocasión.

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

- a) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando la Póliza y el Certificado Individual en vigor.
- b) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- c) Que haya transcurrido un Periodo de Espera de al menos 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza y la fecha en que un médico especialista en la materia legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad diagnostique al Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados.
- d) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la Enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable su fallecimiento ocurra 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 opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista en la materia legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

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 el Siniestro.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales no implica la aceptación y procedencia del pago del remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por Fallecimiento.

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

Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

- a) El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.
- b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
- c) Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome

de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta Enfermedad durante los 2 (dos) primeros años, sujeto a lo estipulado en las cláusulas 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 de Seguros y Fianzas, numeral 4.5.12 fracción II del Capítulo 4.5 “De las Indicaciones Administrativas y Cláusulas Tipo de Uso Obligatorio” emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

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

VI. Coberturas Adicionales (Con Costo)

Las siguientes coberturas al ser adicionales a la cobertura por fallecimiento, serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza, Relación de Asegurados y Certificados Individuales vigentes o en los Endosos correspondientes.

1. Coberturas Adicionales por Accidente

En caso de que algún o algunos de los Asegurados sufra un Accidente, de haberse contratado alguna de las coberturas adicionales por Accidente que más adelante se describen y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado Individual o en los Endosos correspondientes.

i. Indemnización por Muerte Accidental (DI)

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Asegurado haya ocurrido por Accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el Asegurado en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Asegurado.

ii. Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO)

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado llega a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

En caso de que el Asegurado sufra varias Pérdidas Orgánicas de las arriba especificadas, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

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

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

iii. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)

Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la Prima correspondiente, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de:

- a) Un Accidente en transporte en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba sea considerado de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Un Accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.
- c) Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio.

Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en las coberturas de Indemnización por Muerte Accidental (DI) y/o Indemnización por Pérdida Orgánica (PO), en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente para estas coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

En el caso de Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C) queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza y Certificado Individual para esta cobertura.

Si dentro de los 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente que originó la indemnización por la Pérdida Orgánica, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, solamente se cubrirá el monto de la Suma Asegurada restante, una vez disminuida la indemnización cubierta por Pérdida Orgánica.

Edades de Aceptación

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son 15 (quince) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la Carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son 12 (doce) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la Carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

Edad de Renovación

Para las coberturas contratadas por Indemnización por Muerte Accidental (DI), Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO) y/o Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C), la edad máxima de renovación para el Asegurado será 70 (setenta) años o la expresada en el Endoso correspondiente.

En cualquier caso, las coberturas adicionales no se renovarán al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

Exclusiones

Las coberturas adicionales por Accidente no cubren:

- 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 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, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
 - d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
 - e) Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

- 2. Por los siguientes eventos:**
 - a) 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) Muerte accidental o pérdidas orgánicas que se provoque el Asegurado, estando bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas, o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
 - e) Muerte accidental o pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado estando al momento del accidente bajo el influjo de cualquier tipo de drogas,**

enervantes, estimulante o sustancia similar, incluso si estos fueron prescritos por un médico.

f) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.

g) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.

3. Muerte accidental o pérdidas orgánicas que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. En la cobertura de Muerte Accidental Colectiva no se cubre el fallecimiento ocurrido en viajes aéreos privados.

2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

En caso de que algún o algunos de los Asegurados sufra una Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición correspondiente de estas condiciones generales, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional que más adelante se describen, siempre y cuando no se haya cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la indemnización acordada que se haga constar en la Carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado Individual o en los Endosos correspondientes.

Definición de Invalidez Total y Permanente

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

1. Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso fijo, se entenderá como Invalidez Total y Permanente la pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes de una persona a consecuencia de un Accidente o Enfermedad durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo por el Asegurado.
2. Para el caso en que los Asegurados no se encuentren percibiendo un ingreso constante, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.
3. Para los Asegurados que sufran la pérdida absoluta e irreparable como consecuencia de un Accidente o Enfermedad de la vista en ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para efectos los numerales 1 y 2 de la Definición de Invalidez Total y Permanente, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, de un Asegurado que no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, comprenderá un plazo de 3 (tres) meses ininterrumpidos, los cuales comenzarán a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente dentro de la vigencia de la Póliza o de la cobertura. No aplicará Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente para los supuestos establecidos en el numeral 3 de la Definición de Invalidez Total y Permanente.

Edades de Aceptación

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son 15 (quince) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la Carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son 12 (doce) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la Carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de este deberán otorgar su Consentimiento personal al seguro, en caso contrario, el contrato a su favor será nulo, de conformidad con lo establecido por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Asegurado será hasta los 65 (sesenta y cinco) años o la expresada en el Endoso correspondiente.

En cualquier caso, las coberturas adicionales no se renovarán para el Asegurado afectado al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

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

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
- b) Actos delictivos 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, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- e) Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

2. Por los siguientes eventos:

- a) Cualquier intento de suicidio.
- b) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
- c) Lesiones que se provoquen al Asegurado, aun estando bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas, o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.

-
- d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - e) Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas.
 - f) En caso de haber contratado la cobertura de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA), lesiones que invaliden al Asegurado de forma total y permanente cuando al momento del accidente se encuentren bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas, o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público cualquiera que sea el grado de intoxicación.
3. Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.
 4. Por Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza. Esta exclusión no aplicará si el Asegurado cuenta con antigüedad continua de por lo menos 1 año en la Compañía o en cualquier otra Institución Autorizada de Seguros y haya tenido contratada una Cobertura similar.
 5. Por dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Invalidez Total y Permanente, con anterioridad a la celebración del presente contrato.
 6. En caso de haber contratado la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente (BITPA) para efectos de esta cobertura queda excluida la Invalidez Total y Permanente por cualquier Enfermedad.

3. Coberturas Adicionales por Desempleo, Cirugías, Hospitalización, Enfermedad o Cáncer

vii. Beneficio adicional de apoyo económico por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal

Mediante la contratación de esta Cobertura, siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, ante la pérdida de ingresos por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal del Asegurado dentro de la vigencia del Certificado Individual.

En caso de que sea procedente el pago de la indemnización de la cobertura básica por Fallecimiento o la cobertura por Invalidez Total Permanente, esta Cobertura dejará de tener validez.

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá acreditar a la Compañía la ocurrencia del Desempleo Involuntario o la Incapacidad Total Temporal mediante la entrega de la siguiente documentación:

- Desempleo Involuntario
 1. Solicitud de reclamación.
 2. Identificación oficial.
 3. Acta de Nacimiento.
 4. Original del certificado individual en caso de contar con él.
 5. Dos últimos recibos de nómina.
 6. Original del recibo de liquidación, finiquito, baja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), según sea el caso, carta o aviso de despido expedida por el patrón en la que se haga constar la terminación de la relación laboral del Asegurado, o copia certificada del laudo arbitral emitido por autoridad competente, o cualquier otro documento con el que se acredite fehacientemente la terminación de la relación laboral.

- Incapacidad Total Temporal
 1. Solicitud de reclamación.
 2. Identificación oficial.
 3. Acta de Nacimiento.
 4. Original del certificado individual en caso de contar con él.
 5. Original del informe médico detallado, en el que se determine la causa de la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Total Temporal y el periodo de la incapacidad indicando, si debe permanecer hospitalizado o en reposo en casa. El informe médico deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.
 6. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones Generales

Para esta Cobertura, la indemnización por Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal queda excluida por:

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Prestar servicios personales subordinados o desempeñar de manera independiente una profesión o actividad empresarial, de manera predominante fuera de territorio nacional.**
- 3. Si la Compañía ha indemnizado al Asegurado por una de las causas de pérdida de ingresos previstas en esta Cobertura (Desempleo Involuntario o Invalidez Total Temporal), este no tendrá derecho a ser indemnizado por la otra causa.**

Exclusiones Particulares

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Para la Cobertura de Desempleo Involuntario, la indemnización queda excluida si:

1. El Asegurado termina la relación laboral de manera voluntaria.
2. El Asegurado alcanza la edad de jubilación prevista por la legislación aplicable o conforme a su contrato de trabajo y derivado de ello, la relación laboral se da por terminada.
3. El patrón termine la relación laboral como consecuencia de programas o medidas anunciadas (recorte de personal) antes de la fecha de contratación de esta Cobertura.
4. La relación laboral termina por expiración del tiempo convenido y/o la finalización de la obra o servicio acordado con el patrón.
5. Cuando el contrato sea por honorarios.
6. Ocorre cualquiera de las causales de rescisión previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
7. Si el Asegurado es considerado como profesionistas independientes o personas con actividad empresarial que reciban como contraprestación por sus servicios, el pago de honorarios.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Para la Cobertura de Incapacidad Total Temporal, la indemnización queda excluida por:

1. Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.
2. La participación directa del Asegurado en:
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección
 - Actos delictivos.
 - Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros.
 - Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo
3. Maternidad y sus complicaciones.
4. La utilización de métodos y tratamientos para el control de natalidad.
5. Ser declarado con Incapacidad Total y Permanente.
6. Los siguientes eventos:
 - Cualquier intento de suicidio;

- **Mutilación voluntaria o Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o cualquier otra sustancia similar, incluso si dichas sustancias fueron prescritas por un médico;**
 - **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza por inhalación de gases, excepto que sea de forma accidental;**
 - **Exposición a radiaciones atómicas y derivadas de estas; y**
 - **Lesiones provocadas en estado de enajenación mental.**
7. **Dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Incapacidad Total Temporal, con anterioridad a la vigencia del Certificado Individual.**
 8. **Tratarse de Asegurado que tenga el carácter de empleado o trabajador conforme a la legislación aplicable.**

viii. Beneficio adicional por Cirugía

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

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

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

Periodo de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado deberá comprobar a la Compañía la necesidad de la Cirugía a través de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, estudios histológicos, de laboratorio, gabinete y un informe médico detallado donde se especifique la prescripción médica y la causa de la Cirugía practicada, con fecha de diagnóstico de la Enfermedad que motivó la Cirugía,

fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de Cirugía.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

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

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

Periodo de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

Edades de aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones:

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

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

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

Periodo de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones:

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

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

xi. Cobertura Adicional de Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio

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

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

Período de espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xii. Cobertura Adicional de Indemnización por Accidente Cerebrovascular Agudo

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

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

Período de espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Agudo mediante entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y específicos como: (i) tomografía computarizada, (ii) resonancia magnética nuclear, (iii) eco Doppler o (iv) angiografía y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de neurología o medicina interna.

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xiii. Cobertura Adicional de Indemnización por Esclerosis Múltiple

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Esclerosis Múltiple Progresiva Primaria o Esclerosis Múltiple Progresiva Recidivante mediante pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica, hallazgos clínicos, estudios histopatológicos, de laboratorio, gabinete y diagnósticos como: (i) tomografía computarizada, (ii) resonancia magnética nuclear, (iii) eco Doppler o (iv) angiografía y un informe médico detallado donde se determine el diagnóstico, fechado y firmado por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad de medicina interna o neurología.

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xiv. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Renal Crónica Grave

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xv. Cobertura Adicional de Indemnización por Insuficiencia Respiratoria Crónica

Mediante la contratación de esta Cobertura siempre que la Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor, una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Compañía se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, en caso de que sea diagnosticado dentro de la vigencia del Certificado Individual, con Insuficiencia Respiratoria Crónica provocada por el desarrollo de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o por Enfermedades Pulmonares Intersticiales Crónicas cuando la presión arterial de oxígeno (PaO₂) es menor de 60 mmHG con o sin aumento de la presión arterial del dióxido de carbono (PaCO₂) más la presencia de mecanismos compensatorios dentro de la vigencia.

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xvi. Cobertura Adicional de Indemnización por Osteoporosis Grave

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xvii. Cobertura Adicional de Indemnización por Trasplante

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

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

- Órganos Mayores: Corazón total, Pulmón, Hígado, Riñón y Páncreas.
- Tejido: Médula Ósea.

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado en la especialidad correspondiente o en medicina interna.

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xviii. Cobertura adicional por Cáncer

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

El Asegurado o sus Beneficiarios según sea el caso, deberán comprobar a la Compañía el diagnóstico de Cáncer en Etapa de Metástasis y en Etapa Terminal mediante entrega de pruebas documentales que contengan la integración de la evidencia clínica y un informe detallado donde se determine el

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xix. Cobertura adicional por Cáncer de Mama

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xx. Cobertura adicional por Cáncer de Ovario

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

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

Período de espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxi. Cobertura adicional por Cáncer Cervicouterino

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para la Asegurada establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxii. Cobertura adicional por Cáncer Testicular

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o dentro del Periodo de Espera.**

-
2. **Cáncer Testicular que se encuentre en una etapa distinta a la Etapa de Metástasis, o que no cumpla con los criterios clínicos señalados en esta Cobertura.**
 3. **Cáncer en cualquier otra localización que no sea Testicular de acuerdo con esta Cobertura.**
 4. **Preexistencia de Cáncer.**

xxiii. Cobertura adicional por Cáncer de Próstata

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxiv. Cobertura adicional por Cáncer de Pulmón

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

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

Período de Espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxv. Cobertura adicional por Cáncer Colorrectal

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

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

Período de espera

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la indemnización de esta cobertura, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

4. Coberturas Adicionales Estilos de Vida

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

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

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

Indemnización de la Cobertura

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

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

Exclusiones

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

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual.**
- 2. Fallecimiento de un dependiente que no sea considerado como tal conforme a esta Cobertura.**

3. Fallecimiento del dependiente como consecuencia de suicidio ocurrido dentro de los primeros 2 (dos) años contados a partir de la emisión del Certificado Individual del Asegurado.

xxvii. Beneficio Adicional por Matrimonio

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

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

Indemnización del Beneficio

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

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

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxviii. Beneficio Adicional por Divorcio

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

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

Indemnización del Beneficio

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

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

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxix. Beneficio Adicional por Nacimiento o Adopción de un Hijo

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

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

Indemnización del Beneficio

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

- Original y copia simple del acta de Nacimiento expedida por el Registro Civil competente u,
- Original y copia simple de la resolución judicial firme que autorice la Adopción o en su defecto, el acta de Adopción emitida por el Registro Civil competente.

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones y Limitaciones

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

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

xxx. Beneficio Adicional por Titulación

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

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

Indemnización del Beneficio

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

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

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxxi. Beneficio Adicional por Conclusión de Bachillerato

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

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

Indemnización del Beneficio

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

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

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

xxxii. Beneficio Adicional por Mudanza

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

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

Indemnización del Beneficio

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

- Original de la factura del servicio de transportación de una compañía de transporte legalmente constituida para el traslado de bienes a nombre del Asegurado.
- Copia simple del contrato de arrendamiento o compraventa del Domicilio Particular al que se realiza la Mudanza.
- Copia simple de un comprobante de domicilio, a nombre del Asegurado con una antigüedad no mayor a 6 meses (teléfono, luz, agua, predial o estado de cuenta bancario del Domicilio Particular anterior).
- En caso de que el Domicilio Particular anterior sea arrendado, copia del contrato de arrendamiento, convenio de terminación o documento con el que se acredite la terminación o vencimiento del arrendamiento.

Periodo de Espera

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

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación mínima para el Asegurado establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 15 (quince) años cumplidos y la edad máxima de aceptación que se indique en la Carátula de la Póliza. En cualquier caso, la edad máxima de renovación será los 70 (setenta) años cumplidos.

Exclusiones

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

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

VII. Dividendos

1. Dividendos por Experiencia Global

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

a) Con Dividendos

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

b) Sin Dividendos

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

2. Pago de Dividendos

a) Cálculo

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

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

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

b) Periodo de Pago

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

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

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

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

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

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados

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

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

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

3. Cláusulas Generales

a) Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando no se cancele por falta de pago de prima conforme al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Para los Asegurados que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado Individual.

b) Designación de Beneficiarios

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

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

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

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

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

c) Pago de la Prima

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

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

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

El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima.

Los pagos de Prima deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

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

d) Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza; la moneda será moneda nacional.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

e) Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

f) Indisputabilidad

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

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
- d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

1) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Siempre será disputable dentro de su primer año de vigencia continua e ininterrumpida y **solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

2) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Siempre será disputable durante los 2 (dos) primeros años de vigencia continua e ininterrumpida y **solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refieren los incisos anteriores, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

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

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

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

g) Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

h) Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la Carátula de Póliza. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

i) 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 en la Prima 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, la Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Certificado Individual del Asegurado, sin necesidad de declaración judicial de acuerdo a la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

Si dicha agravación del riesgo no tiene influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones aun y cuando no se cumpla con el aviso, la Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones. De conformidad con lo establecido en el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

j) Rehabilitación

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

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

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

k) Renovación

La cobertura y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se podrá renovar bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, salvo que el Contratante o Asegurado notifique a la Compañía instrucción en contrario; la renovación se realizará en los siguientes términos:

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

En cada Renovación, la Prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El incremento de Primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y

actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

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

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

l) Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación a la residencia o viajes del Asegurado, con excepción de lo expresamente establecido en el apartado de Exclusiones.

m) 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 y del respectivo Certificado Individual, 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 disponible en la fecha en 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 no estipulado en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o se acepte el incremento de Suma Asegurada.

n) Comprobación del Siniestro

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

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

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

o) Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado y en su caso del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.

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

La edad declarada por el Asegurado o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Asegurado o Contratante Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o

extenderá al Asegurado o Contratante Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado o Contratante Asegurado.

p) Pago del Seguro

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

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

q) 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 Fianzas, durante el lapso de mora.

r) 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.

s) Prescripción

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

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

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

t) Competencia

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

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

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

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

Dirección: Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, México.

- Teléfono: desde cualquier lugar de la República Mexicana: 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1).
- E-mail: axasoluciones@axa.com.mx
- Página web: axa.mx

O bien,

Contacte a CONDUSEF

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

u) Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Fecha de término del periodo de Vigencia.
- b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo establecido para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía, cuando así proceda, se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la entrega del escrito antes mencionado a la Compañía previa identificación del Contratante.

v) 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.

4. Procedimientos

1. Certificados Individuales

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

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de Nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.

- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en la cobertura.
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) La transcripción de los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Asegurados

La Compañía al recibir en la solicitud de seguro los Consentimientos de cada Asegurado, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Asegurados contendrá la siguiente información:

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

3. Regla para Determinar Suma Asegurada

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Asegurados. Esta regla se podrá manejar de diferentes maneras, las cuales podrán ser calculadas por:

- 1. Suma Asegurada fija.
- 2. Suma Asegurada variable, la cual el Contratante podrá establecerla por el número de veces del sueldo y/o plan de protección.
- 3. Suma Asegurada mixta, la cual puede ser una combinación de los incisos anteriores. La regla para determinar la Suma Asegurada podrá estar relacionada directamente con la nómina; o en su defecto, cuando se establezca por meses de sueldo, este deberá especificar los conceptos que constituyen el sueldo sin exceder 5 (cinco) veces el valor anual de la UMA al momento del pago. En aquellos casos en que la regla de Suma Asegurada tome como referencia el salario, se entenderá salvo especificación en contrario, como el Salario Base de acuerdo a la definición indicada en estas condiciones generales.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Asegurados sin que esta pueda exceder 5 (cinco) veces el valor anual de la UMA al momento del pago.

La regla para determinar la Suma Asegurada deberá ir directamente relacionada, para cada Categoría que el Contratante establezca.

4. Administración de la Póliza

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Asegurados, relación con el Contratante y a solicitud expresa de este, podrá ser administrado de acuerdo a lo siguiente:

i. Sistema Autoadministrado

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado con relación laboral, siempre y cuando el número de Asegurados así lo requiera y cuenten con inscripción de seguridad social.

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, de acuerdo a lo que se estipule en la Carátula de la Póliza. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados Individuales) y a informar a los Asegurados su contenido, y en su caso el pago de Dividendos.

El Contratante estará obligado a entregar dicha información mediante un listado que formará parte integrante de la Póliza al término de la vigencia, ya sea al momento de la renovación o si el Contratante por razones propias no desea renovar.

El listado comprenderá los movimientos inter-vigencia los cuales son altas que se realizaron posterior a la emisión de la Póliza y después dio de baja el Contratante antes de la renovación.

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

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

Quedarán cubiertos todos los Asegurados desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante no entregará a la Compañía reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose la Compañía a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, siempre que esta fecha sea posterior al inicio de vigencia de la Póliza actual, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

- a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.
- b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a la Compañía el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.
- c) Ingreso en el Grupo Asegurado Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en

que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

2. Ajuste de Primas

Los ajustes en Primas por motivos de incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo a la regla de Suma Asegurada establecida para los Asegurados así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del contrato, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos Individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. Si la Suma Asegurada reportada al final es menor de acuerdo a los Asegurados reportados, se tendrá que enviar el comprobante de los Asegurados excluidos de acuerdo a la dimisión de seguridad social. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

ii. Sistema Tradicional

Mediante este sistema la Compañía administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados Individuales y en su caso el pago de Dividendos.

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado sin relación laboral o en su defecto para el Grupo Asegurado con relación laboral bajo los siguientes supuestos:

1. Pólizas opcionales, es decir cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima.
2. Cuando la regla de Suma Asegurada no esté establecida con base en una regla de carácter general.

Para este sistema el Contratante deberá notificar por escrito los movimientos de altas, bajas y aumentos de Suma Asegurada en cada mes contado a partir de vigencia de la Póliza, debiendo entregar a la Compañía la documentación correspondiente de cada movimiento realizado durante la vigencia de la Póliza.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

a. Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo,

la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

b. **Bajas en el Grupo Asegurado**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculados en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Los Asegurados que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán Asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, este podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

2. Ajuste de Primas

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas se realizarán de acuerdo a la edad, ocupación y Suma Asegurada Individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

iii. Sistema a Declaración

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, especificada en la Carátula de la Póliza. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados Individuales o hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en los Certificados Individuales y en su caso, el pago de Dividendos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivado de este Contrato de Seguro de

conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Asegurados que se aseguran. Dicho listado se entregará dentro de los siguientes 15 días naturales siguientes al término del periodo de acuerdo al plazo de pago estipulado en la Póliza.

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

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

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

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

a) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

2. Ajuste de Primas

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la Carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Asegurados, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones de Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Asegurado del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes Individuales de la operación de vida que esta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la Suma Asegurada máxima sin pruebas médicas de la cartera Individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida (artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

6. Modificaciones

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

a) Cambio de Contratante

Para Grupos Asegurados cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a este la Prima no devengada.

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

b) Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual.

En estos casos, a la Prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

c) Cambio de Beneficiarios

El Asegurado de Grupo Asegurado con o sin relación laboral que desee cambiar a sus Beneficiarios, tanto en Pólizas que se administren bajo el sistema denominado Tradicional y a Declaración deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días a través del llenado de un nuevo Consentimiento. La Compañía elaborará la actualización del Certificado Individual, haciendo entrega de este documento al Contratante.

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

7. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante tuvo en una Póliza de Grupo, en esta o en otra Compañía de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas y beneficios hayan sido contratadas u otorgados en esta y en la Póliza anterior.

8. Entrega de la Documentación Contractual

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

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

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

5. Listado de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
CONDUSEF	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros.
UMA	Unidad de Medida y Actualización.
UNE	Unidad Especializada de Atención a Usuarios.

6. Artículos Citados

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS:	
<p>Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.</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>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;</p> <p>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;</p> <p>VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</p> <p>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;</p>	Art. 276

<p>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.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el Consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p>	<p>Art. 277</p>

<p>Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.</p> <p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.</p>	
<p>Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:</p> <p>I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y</p> <p>II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:</p> <p>a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y</p> <p>b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados. Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información. Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:</p> <p>a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquellas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;</p> <p>b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;</p> <p>c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y</p> <p>d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.</p>	<p>Art. 492</p>

<p>Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en este u otros ordenamientos aplicables.</p> <p>La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.</p> <p>El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.</p> <p>Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.</p> <p>La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.</p> <p>Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.</p>	
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:	
Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa Aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.	Art. 55
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento del pago.	Art. 84
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su Consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Art. 169
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art. 171

<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 pagará una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</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 esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</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 AL USUARIO 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 Comisión Nacional deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</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. 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>Art. 68</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.

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

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

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

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

<p>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.</p>	
--	--

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

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

7. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de 02 de 2022 con el número PPAQ-S0048-0010-2022 / CONDUSEF-005229-01.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx