



Condiciones Generales

Seguro De Vida Individual

Mi Gran Herencia Plus

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL “MI GRAN HERENCIA PLUS”

ÍNDICE

	Página.
DEFINICIONES	1
COBERTURA BÁSICA	1
COBERTURAS OPCIONALES	2
CLÁUSULAS	8

INTRODUCCIÓN

Insignia Life S.A. de C.V., en adelante denominada LA COMPAÑÍA, de acuerdo con las Condiciones Especiales, las Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual “Mi Gran Herencia Plus” y las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro – documentos que constituyen la base del contrato – , asegura la vida de USTED NUESTRO ASEGURADO.

El presente documento comprende las Condiciones Generales de su seguro de Vida Individual Mi Gran Herencia Plus, las cuales regirán los derechos y obligaciones entre EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA.

Las Condiciones Especiales de la Póliza prevalecen sobre las Condiciones Generales.

Es muy importante exigirle a su agente de seguros le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Especiales de su POLIZA.

DEFINICIONES

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte de EL ASEGURADO o lesiones corporales a este.

ASEGURADO: Persona que se encuentra amparada por el Seguro.

Asegurado Titular: Persona asegurada que firma como responsable la solicitud de seguro.

Beneficiarios: Persona o personas designados como tales por EL ASEGURADO en la solicitud de seguro.

Consejo médico: Grupo integrado por dos médicos elegidos por EL ASEGURADO, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por LA COMPAÑÍA. Si EL ASEGURADO lo desea, él podrá proponer un tercer médico, con el único requisito de que sea médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.

Contratante: Persona física o moral que solicita la celebración del contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, quien además se compromete a realizar el pago de las primas.

Endoso: Documento anexo a LA POLIZA que modifica, previo acuerdo entre EL ASEGURADO y/o el Contratante y LA COMPAÑÍA, las condiciones del Contrato de Seguro, y forma parte de este último.

Preexistencia: Enfermedades o padecimientos que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Asimismo Enfermedades o padecimientos que erogaron algún gasto para su tratamiento.

Prima de Seguro: Importe que debe cubrir el Contratante por cada Cobertura contratada.

Salario Mínimo General Mensual del Distrito Federal (S.M.G.M.D.F.): Importe que resulta de multiplicar por 30 el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal a la fecha de siniestro.

Suma Asegurada: Límite máximo de responsabilidad que tiene LA COMPAÑÍA con cada ASEGURADO por cada Cobertura.

COBERTURA BÁSICA

Esta cobertura consiste en que LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento de EL ASEGURADO. Para que la cobertura se haga efectiva se deberán cumplir los requisitos de las presentes CONDICIONES GENERALES.

COBERTURAS OPCIONALES

Las coberturas Opcionales son contratadas bajo convenio especial, a solicitud expresa de EL CONTRATANTE, y quedan siempre especificadas en LA PÓLIZA. Para cada una de estas coberturas, LA COMPAÑÍA calculará la prima de seguro a efecto de que EL CONTRATANTE la pague de acuerdo a lo señalado en las presentes condiciones.

A. COBERTURA OPCIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta Cobertura en caso de fallecimiento por accidente de EL ASEGURADO. La cobertura surte efecto siempre y cuando el deceso ocurra dentro de los 90 días naturales posteriores al accidente.

La indemnización declarada procedente será pagada dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que sean entregadas a LA COMPAÑÍA la información y documentación correspondientes al fallecimiento accidental.

Apartados de las Cobertura Opcional por Accidente

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional por Accidente

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para las Cobertura Opcional por Accidente son 18 años de edad como mínimo y 60 años de edad como máximo. La fecha de nacimiento de EL ASEGURADO deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional por Accidente

LA COMPAÑÍA ampara las Cobertura Opcional por Accidente mediante el pago de una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional por Accidente

Las indemnizaciones establecidas en las Cobertura Opcional por Accidente se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas de que la lesión o lesiones que causen la muerte de EL ASEGURADO hayan ocurrido durante la vigencia de LA PÓLIZA.

Apartado 4

Cancelación automática de la Cobertura Opcional por Accidente

La Cobertura Opcional por Accidente terminará automáticamente para cada ASEGURADO sin necesidad de declaración expresa de LA COMPAÑÍA:

1. Cuando en el aniversario de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO tenga cumplidos 61 años;
2. Cuando se haya agotado el 100% de la suma asegurada de la Cobertura Opcional afectada;

Apartado 5

Exclusiones para la Cobertura Opcional por Accidente

Las indemnizaciones correspondientes a la Cobertura Opcional por Accidente no se concederán cuando la muerte que sufra EL ASEGURADO se deba a:

1. **Enfermedades, con excepción de las causadas por lesiones accidentales;**

2. Tratamiento médico quirúrgico, salvo cuando sea a consecuencia de un accidente;
3. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase o en actos de guerra;
4. La participación directa de EL ASEGURADO en actos delictivos de carácter intencional;
5. Lesiones recibidas al participar EL ASEGURADO en una riña, siempre que él haya sido el provocador;
6. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos;
7. Accidentes que ocurran por participación directa de EL ASEGURADO durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;
8. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor;
9. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre realizando actividades de esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre/acuático, fútbol americano o ciclismo.
10. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental;
11. Abortos, cualquiera que sea su causa;
12. Radiaciones de cualquier tipo;
13. Lesiones que sufra EL ASEGURADO, causadas por culpa grave de este, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar;
14. Envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental;
15. Lesiones provocadas intencionalmente por EL ASEGURADO;
16. Suicidio.

B. COBERTURA PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)

LA COMPAÑÍA conviene en pagar, seis meses después de la fecha en que se dictamine Invalidez Total y Permanente, la suma asegurada contratada para esta Cobertura, a EL ASEGURADO que quede invalido total y permanentemente.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

- a) La pérdida total de facultades o actividades de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que la imposibilite para desempeñar su trabajo para la cual esté preparada de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia el resto de su vida.
- b) A fin de determinar esta Invalidez se requerirá que haya sido continua durante un periodo de espera establecido en LA PÓLIZA -seis meses-.

Se entenderá por capacidad de trabajo la facultad de EL ASEGURADO para realizar:

- a) Los actos esenciales para cualquier actividad para la cual esté preparado EL ASEGURADO de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia.

Lo anterior será evaluado de la siguiente manera:

1. Si EL ASEGURADO pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por alguno de estos organismos.
2. La declaración de invalidez de EL ASEGURADO por parte de algún organismo privado sólo tendrá para LA COMPAÑÍA un valor meramente informativo y referencial.

3. En caso de no pertenecer a alguno los institutos públicos señalados en el punto no. 1, se solicitara un dictamen a un médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.
4. En caso de controversia, la Invalidez Total y Permanente deberá ser evaluada por un consejo de médicos titulados con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión, avalado tanto por EL ASEGURADO como por LA COMPAÑÍA. Es importante hacer mención que el Médico de LA COMPAÑÍA que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.
5. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle a EL ASEGURADO las pruebas necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios, siempre y cuando sean relacionadas con el siniestro. En este caso, LA COMPAÑÍA analizará por medio de un médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión la Invalidez Total y Permanente de EL ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente, conforme a los conceptos especificados en la definición de Invalidez anteriormente enunciada. EL ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite LA COMPAÑÍA, incluyendo las de detección del virus VIH o sero positivo –de ser el caso– y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA, incluyendo las pruebas medicas referidas de detección del virus VIH o sero positivo.
6. En cualquiera de los dos casos anteriores se considerarán supuestos de Invalidez Total y Permanente la pérdida total e irreparable de:

Ambas manos.

Ambos pies.

La vista al 100% de ambos ojos.

Una mano y la vista al 100% de un ojo.

Un pie y la vista al 100% de un ojo.

Una mano y un pie.

La audición al 100% en ambos oídos.

Se entenderán por pérdidas lo siguiente:

- a) Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
 - b) Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
 - c) Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% en un ojo.
 - d) Pérdida de la audición (acusia bilateral).
7. Una vez finalizado el período de espera de seis meses, desde el inicio de la incapacidad y siempre y cuando EL ASEGURADO hubiere proporcionado en su totalidad la documentación requerida, LA COMPAÑÍA determinará en un máximo de 30 días si ha ocurrido la Invalidez Total y Permanente.
 8. Cabe aclarar que si la Invalidez Total y Permanente es declarada por cualquier causa referente al punto 6 anterior, no procederá el período de espera de seis meses.
 9. Esta Cobertura de Pago Adicional de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI) quedará cancelada automáticamente para EL ASEGURADO, sin necesidad de declaración expresa de LA COMPAÑÍA, en el aniversario de LA PÓLIZA en el cual la edad cumplida de EL ASEGURADO sea de 61 años o cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada contratada para esta Cobertura.

Apartados de las Cobertura Opcional por Invalidez

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional por Invalidez

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional por Invalidez son 18 años de edad como mínimo y 60 años de edad como máximo. Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente cuando en el aniversario de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO tenga cumplidos 61 años. La fecha de nacimiento de EL ASEGURADO deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional por Invalidez

LA COMPAÑÍA concede la Cobertura Opcional por Invalidez mediante el pago de una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA en los términos de las presentes Condiciones Generales.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional por Invalidez

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional por Invalidez se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Invalidez arriba descrita, de que la Invalidez Total y Permanente ha ocurrido durante la vigencia de LA PÓLIZA.

Apartado 4

Exclusiones de la Cobertura Opcional por Invalidez

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional por Invalidez no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente que sufra EL ASEGURADO se deba a:

1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio ASEGURADO;
2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, en alborotos populares o en actos de insurrección;
3. Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por EL ASEGURADO;
4. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando él viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular;
5. Accidentes que ocurran por participación directa de EL ASEGURADO durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;
6. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor;
7. Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre realizando actividades de esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre/acuatico, fútbol americano o ciclismo.
8. Lesiones recibidas al participar EL ASEGURADO en una riña, siempre que él haya sido el provocador;
9. Padecimientos mentales;
10. Lesiones que sufra EL ASEGURADO, causadas por culpa grave de éste, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica;
11. Envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental;

C. COBERTURA OPCIONAL DE AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE (GFC)

Durante la vigencia de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO contará con el beneficio de pago de ayuda económica para cubrir los gastos de funerarios DEL CÓNYUGE, de conformidad con las siguientes bases:

AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE: Consiste en pagar al propio ASEGURADO, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si se prueba que EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO ha fallecido durante la vigencia de esta cobertura y además que EL CONYUGE se encontraba también asegurado dentro de LA PÓLIZA.

En caso de que fallezca EL ASEGURADO Titular antes del deceso de su CÓNYUGE, la suma asegurada correspondiente a esta cobertura opcional se pagará al beneficiario designado por EL ASEGURADO Titular para la cobertura básica.

Apartados de la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios del CÓNYUGE son 18 años de edad como mínimo y 60 años de edad como máximo. La cancelación de esta cobertura será en el aniversario de LA PÓLIZA inmediato posterior a que EL ASEGURADO tenga cumplidos 61 años. La fecha de nacimiento de EL CONYUGE deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de la edad del CÓNYUGE LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

LA COMPAÑÍA otorga la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE con una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA; en términos de las presentes condiciones generales.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos de Funerarios DEL CÓNYUGE se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE antes descrita, de que el fallecimiento ha ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Apartado 4

Exclusiones para la Cobertura de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional por Fallecimiento DEL CÓNYUGE no se concederán cuando el fallecimiento de EL CONYUGE se deba a:

- Suicidio durante los dos primeros años de vigencia continua del beneficio.

D. COBERTURA OPCIONAL DE AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS (GFH)

Durante la vigencia de la póliza, EL ASEGURADO contará con el beneficio de pago de gastos funerarios para sus HIJOS, de conformidad con las siguientes bases:

AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS: Consiste en pagar al propio ASEGURADO, la suma asegurada contratada, si se prueba que EL HIJO reconocido por EL ASEGURADO, identificado por éste en la respectiva solicitud de seguro, ha fallecido durante la vigencia de esta Cobertura y además que EL HIJO se encontraba asegurado en LA PÓLIZA.

En caso de que fallezca EL ASEGURADO Titular antes del deceso de alguno de sus HIJOS, la suma asegurada correspondiente a esta cobertura se pagará AL CÓNYUGE y a falta de este, al beneficiario designado por EL ASEGURADO Titular para la cobertura básica.

Apartados de la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS son 0 años de edad como mínimo y 25 años de edad como máximo. La edad de cancelación es de 26 años. La fecha de nacimiento de LOS HIJOS DEL ASEGURADO deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de la edad de LOS HIJOS, LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

LA COMPAÑÍA otorga la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS con una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA, en términos de las presentes condiciones.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS antes descrita, de que el fallecimiento ha ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Apartado 4

Suma Asegurada para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

La suma asegurada para LOS HIJOS menores de 12 años no podrá ser mayor a 60 Salarios Mínimos Generales Mensuales del Distrito Federal (S.M.G.M.D.F.)

Apartado 5

Exclusiones para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para Cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS no se concederán cuando el fallecimiento del HIJO ASEGURADO se deba a:

- **Suicidio durante los dos primeros años de vigencia continua del beneficio.**

E. COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA (AF)

De acuerdo con esta Cobertura –si es contratada– LA COMPAÑÍA proporciona asistencia funeraria en caso de que EL ASEGURADO fallezca durante la vigencia de LA PÓLIZA.

La asistencia funeraria consiste en:

- Trámites legales ante las autoridades competentes, para inhumación o cremación de EL ASEGURADO.
- Traslados de EL ASEGURADO fallecido a las salas de velación y al campo santo respectivamente.
- Cofre metálico de corte lineal, de características convenidas.
- Servicio de tanatopraxia.
- Utilización de salas de velación de filiales a nivel nacional, hasta por 24 horas o servicio a domicilio.
- Decoración de salas de velación, con tres arreglos florales (2 laterales y 1 al frente del cofre).
- Celebración del servicio religioso a cargo de un ministro del culto indicado por los familiares.
- Entrega de un libro recordatorio, con aspectos relacionados con la asistencia a las honras fúnebres.
- Espacio en arrendamiento en un cementerio por 7 años de servicio o cremación.

Si el fallecimiento de EL ASEGURADO ocurriera fuera del territorio nacional se cubrirán:

- Trámites legales, consulares y traslados del cuerpo desde el sitio del fallecimiento hacia la República Mexicana.
- Preparación del cuerpo, embalsamiento y tanatopraxia.
- Féretro hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- Traslados de EL ASEGURADO fallecido desde el sitio del deceso hasta el sitio de residencia de EL ASEGURADO en la República Mexicana.
- Costos de repatriación incluyendo el transporte aéreo del cuerpo a la República Mexicana.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en un aeropuerto de la República Mexicana.
- Traslado del cuerpo desde el aeropuerto elegido de la República Mexicana hacia el lugar donde se realizará el servicio funerario.

Para esta Cobertura no aplica reembolso. Se debe solicitar el servicio directamente a los teléfonos señalados en la tarjeta anexa a las presentes Condiciones Generales o para orientación a los teléfonos 01800-560-1653 / 01800-714-1795 / 26-29-71-00. LA COMPAÑÍA es la única responsable frente a EL ASEGURADO de los servicios que el proveedor proporcione al mismo.

CLÁUSULAS

CLÁUSULA 1ª CONTRATO

La Solicitud, las presentes CONDICIONES GENERALES, LA PÓLIZA, los endosos si los hubiera y el Recibo de Pago constituyen el Contrato de Seguro celebrado entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de expedir endosos mediante los cuales se excluya una Cobertura para cubrir determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Este derecho se ejercerá en el momento de la contratación, en la renovación o por cambio de ocupación de EL ASEGURADO.

CLÁUSULA 2ª MODIFICACIONES

LA PÓLIZA, sus CONDICIONES GENERALES Y LAS CONDICIONES ESPECIALES, si las hubiere, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre EL CONTRATANTE con LA COMPAÑÍA. Estas modificaciones deberán hacerse constar por escrito. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por LA COMPAÑÍA carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 3ª NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá presentarse a LA COMPAÑÍA por escrito, precisamente en el domicilio de esta, el cual aparece en LA POLIZA.

CLÁUSULA 4ª RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de LA PÓLIZA o sus modificaciones no concordaren con la oferta, EL ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba LA PÓLIZA. Transcurrido este plazo, se consideran aceptadas las estipulaciones de LA PÓLIZA y sus modificaciones si las hubiere (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 5ª PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en cinco años por lo que respecta a la cobertura de vida, mientras que para las demás coberturas el plazo de la prescripción será de dos años, en ambos casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo señalado no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que LA COMPAÑÍA haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

La prescripción se interrumpirá o suspenderá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA 6ª OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

EL CONTRATANTE Y LOS ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, en la solicitud y en los cuestionarios relativos al Seguro, todos los hechos tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro- que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido, de pleno derecho, el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLÁUSULA 7ª INDISPUTABILIDAD

El Contrato de Seguro será indisputable excepto durante los dos primeros años de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos que son necesarios conocer -y que deben ser proporcionados por EL ASEGURADO para la apreciación del riesgo.

CLÁUSULA 8ª 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 elección del reclamante, acudir a cualquiera de sus Delegaciones en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el Juez competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado Juez.

CLÁUSULA 9ª VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, la vigencia del Contrato de Seguro será de un (1) año. Inicia en la fecha estipulada en la póliza, a las 12:00 horas, y concluye el día estipulado en la póliza, también a las 12:00 horas.

CLÁUSULA 10ª MONEDA

Al momento de la solicitud del Seguro se deberá especificar la moneda sobre la que se desea contratar EL SEGURO. Con base en ella, se entenderá que todos los documentos y trámites relativos al seguro estarán expresados en la moneda contratada, la cual quedará estipulada en LA PÓLIZA.

1.- Para contratos en moneda nacional

Todos los pagos relativos al Contrato de Seguro, ya sea por parte de EL ASEGURADO o de LA COMPAÑÍA, se efectuarán en moneda nacional y conforme a la ley monetaria vigente al momento de la realización de esos pagos.

2.- Para contratos en moneda dólares

Todos los pagos relativos al Contrato de Seguro, ya sea por parte de EL ASEGURADO o de LA COMPAÑÍA, se efectuarán en moneda nacional, al tipo de cambio del dólar vigente al momento de la realización de esos pagos, y de acuerdo con lo siguiente:

- a) La Moneda estipulada será el dólar de los Estados Unidos de América.
- b) El tipo de cambio será el emitido por el Banco de México y publicado por el Diario Oficial de la Federación bajo el rubro "Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana".
- c) El pago de devoluciones se efectuará conforme al tipo de cambio vigente al momento en que se haga el pago.
- d) Los siniestros serán cubiertos de acuerdo al tipo de cambio vigente al momento en que se haga el pago.

3.- Para contratos en moneda (UDI)

Todos los pagos relativos al Contrato de Seguro, ya sea por parte de EL ASEGURADO o de LA COMPAÑÍA, se efectuarán en moneda nacional, al tipo de cambio del UDI vigente en la fecha de esos pagos, y de acuerdo con lo siguiente:

- a) Las sumas aseguradas y las primas de las coberturas contratadas serán expresadas en UDI.
- b) Los conceptos anteriores (sumas aseguradas y primas) se actualizarán diariamente de acuerdo con el valor vigente de la UDI al momento de efectuar cualquier movimiento referente a este Contrato de Seguro.
- c) El tipo de cambio será el emitido por el Banco de México y publicado por el Diario Oficial de la Federación bajo el rubro "Valor de la Unidad de Inversión".
- d) El pago de devoluciones se efectuará conforme al tipo de cambio vigente al momento en que se haga el pago.
- e) Los siniestros serán cubiertos de acuerdo con el tipo de cambio vigente al momento en que se haga el pago.
- f) En caso de que desaparezca del mercado financiero el instrumento de inversión UDI, LA PÓLIZA operará con base en el indicador que se tomaba para determinar la UDI.

CLÁUSULA 11^a EDAD

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura básica son de 18 años como mínimo y 60 años de edad como máximo con renovación vitalicia solo para el titular de la póliza.

Se considera como edad de EL ASEGURADO la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro. La fecha de nacimiento de EL ASEGURADO deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constancia en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de su edad, LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

CLÁUSULA 12^a AJUSTE POR EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA no podrá rescindir LA PÓLIZA, a no ser que la edad real al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro esté fuera de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, en cuyo caso se devolverá a EL CONTRATANTE la reserva matemática en la fecha de rescisión.

En los casos donde hubo inexactitud en la verdadera edad de EL ASEGURADO, al momento de la celebración del Contrato de Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de LA COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiere contratado una suma asegurada más elevada a la que tenga derecho EL ASEGURADO de acuerdo a la edad real, LA COMPAÑÍA estará obligada a reembolsar a EL ASEGURADO la diferencia entre la reserva matemática existente y la que habría sido necesaria por la Suma Asegurada y la edad real de EL ASEGURADO en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. La Suma Asegurada y las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Si con posterioridad al fallecimiento de EL ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en su solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, LA COMPAÑÍA, estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo a la edad real.

CLÁUSULA 13^a BENEFICIARIO

Designación de Beneficiario

Se entiende por Beneficiario a la persona o personas que EL ASEGURADO designe como tales en el Contrato de Seguro.

Cambio de Beneficiario

EL ASEGURADO tendrá derecho de hacer nueva designación de Beneficiario en cualquier tiempo, siempre que no hubiera renunciado expresamente a este derecho y LA PÓLIZA se encuentre en vigor. Esta designación deberá hacerse mediante notificación por escrito a LA COMPAÑÍA. En caso de fallecimiento, LA COMPAÑÍA finiquitará toda su responsabilidad al pagar la suma asegurada al último Beneficiario designado por EL ASEGURADO.

Beneficiario irrevocable

EL ASEGURADO tendrá derecho a renunciar al cambio de Beneficiario designando un Beneficiario irrevocable. Para ello comunicará al Beneficiario irrevocable y a la Compañía esta renuncia, la cual se hará constar forzosamente en LA PÓLIZA. Esta constancia de renuncia será el único medio de prueba admisible.

Ausencia de Beneficiario

Cuando no haya Beneficiario designado, la suma asegurada se pagará a la sucesión legal de EL ASEGURADO. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y EL ASEGURADO mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiera hecho nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que muera antes que EL ASEGURADO se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, salvo pacto en contrario.

Beneficiarios menores de edad

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 cobre la indemnización. Lo anterior en virtud de que 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CLÁUSULA 14^a SUICIDIO

LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda obligación de pago en caso de que la muerte de EL ASEGURADO ocurra por suicidio –cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico de EL ASEGURADO –dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado. En este caso, el único derecho de EL CONTRATANTE será la devolución de la reserva matemática correspondiente.

CLÁUSULA 15ª AJUSTE POR SINIESTRO

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, LA COMPAÑÍA tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima anual correspondiente.

CLÁUSULA 16ª RENOVACIÓN

EL ASEGURADO tendrá derecho a renovar cualquier Cobertura por uno o más plazos de seguro iguales al originalmente contratado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre que la edad alcanzada de EL ASEGURADO se encuentre dentro de las edades de aceptación de cada Cobertura. La prima se aplicará de acuerdo con la edad alcanzada por EL ASEGURADO a la fecha de la renovación.

CLÁUSULA 17ª REHABILITACION

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, EL ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del periodo de gracia.

Los efectos del contrato se rehabilitarán a partir del día y hora señalados en el comprobante de pago.

En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el seguro a las cero horas del día siguiente de la fecha de pago, conforme a las siguientes condiciones:

- a) La solicitud deberá llegar por escrito a LA COMPAÑÍA;
- b) Se deberá comprobar a LA COMPAÑÍA que EL ASEGURADO reúne, en la fecha de la solicitud, los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA;
- c) El Contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito a EL ASEGURADO haber aceptado la propuesta de la rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA 18ª PRIMAS

La prima de seguro vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato, salvo pacto en contrario.

EL ASEGURADO podrá optar por pagar de manera fraccionada la prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales. El primer pago vencerá en la fecha de celebración del Contrato. Los pagos subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En caso de pago fraccionado a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO.

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades dentro del término de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Y si los pagos subsecuentes de las primas en parcialidades no hubiesen sido cubiertos dentro del término de tres días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

CLÁUSULA 19^a

INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 indemnizar, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado o a sus beneficiarios, una indemnización, por mora, de acuerdo con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que a la letra dice:

ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

CLÁUSULA 20^a

INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO

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 del contrato. LA COMPAÑÍA proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones de y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF- S0111 -0037-2015 de fecha 07/01/2015.”