



Condiciones Generales

Seguro De Vida Individual

Seguro De Vida Individual T5

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL T5

ÍNDICE

	Página
DEFINICIONES	1
COBERTURA BÁSICA	2
COBERTURAS OPCIONALES	2
CLÁUSULAS	9

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0111-0038-2015 de la fecha 07/01/2015.

INTRODUCCIÓN

Insignia Life S.A. de C.V. (que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑÍA) asegura la vida de LOS ASEGURADOS, de conformidad con las cláusulas de las presentes CONDICIONES GENERALES que acompañan a LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL T5 (que en lo sucesivo se denominará LA PÓLIZA).

DEFINICIONES

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

ASEGURADO: persona que otorga su consentimiento para quedar cubierto por el Seguro.

Beneficiarios: Persona o personas designados como tales por EL ASEGURADO en la Solicitud del Seguro.

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

Endoso: documento anexo a LA PÓLIZA que modifica, previo acuerdo entre EL ASEGURADO y/o el Contratante –según sea el caso– y LA COMPAÑÍA, las condiciones del Contrato de Seguro, y forma parte de este último.

Preexistencia: enfermedades, padecimientos o accidentes para los cuales, previamente a la celebración del contrato: a) exista un expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico; b) existan pruebas de laboratorio o gabinete; c) exista cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o d) EL ASEGURADO haya hecho gastos para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de enfermedad y/o padecimiento y/o accidente de que se trate. EL ASEGURADO queda sujeto a la realización de un examen médico, por cuenta de LA COMPAÑÍA, para determinar la preexistencia.

Prima: importe que debe cubrir el Contratante por cada Cobertura contratada.

Salario Mínimo General Anual (S.M.G.A.): importe que resulta de multiplicar por 360 el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal a la fecha del siniestro.

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

Suma asegurada: límite de responsabilidad máxima 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 alcanzada si EL ASEGURADO fallece durante el plazo de Seguro. Si EL ASEGURADO sobrevive al término de dicho período, esta Cobertura terminará sin obligación alguna por parte de LA COMPAÑÍA.

En caso de que se hubiese contratado la cobertura Dotes a Corto Plazo y esta generara Fondo en Administración, LA COMPAÑÍA le pagará al propio asegurado el monto alcanzado en dicho fondo.

COBERTURAS OPCIONALES

Las Coberturas Opcionales son contratadas bajo convenio especial –a solicitud expresa de EL ASEGURADO– y quedan especificadas en LA PÓLIZA.

A. COBERTURA OPCIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta Cobertura cuando a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el periodo de la Cobertura, EL ASEGURADO pierda la vida dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

Apartados de la Cobertura Opcional por Muerte Accidental

Apartado 1 Edad

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional por Muerte Accidental son 15 años de edad como mínimo y 69 años de edad como máximo. La edad de cancelación es de 70 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. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de su edad LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2 Prima

LA COMPAÑÍA concede la Cobertura Opcional por Muerte Accidental mediante el pago de una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA.

Apartado 3 Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en la Cobertura Opcional por Muerte Accidental 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

La Cobertura Opcional por Muerte Accidental 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 70 años;
2. cuando se haga efectiva esta Cobertura Opcional.

Apartado 5

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes a la Cobertura Opcional por Muerte Accidental 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 viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos;
7. accidentes que ocurran 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 paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia;
10. inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental;
11. padecimientos mentales o corporales;
12. abortos, cualquiera que sea su causa;
13. radiaciones de cualquier tipo;
14. 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, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica;
15. envenenamiento, salvo que sea accidental;
16. suicidio;
17. enfermedad, padecimiento o accidente preexistente.

B. COBERTURAS OPCIONALES POR INVALIDEZ

1. 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 ocurra el siniestro y de que exista un dictamen de Invalidez Total y Permanente, la suma asegurada contratada para esta Cobertura, a EL ASEGURADO que quede inválido total y permanentemente.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

- a) cuando a EL ASEGURADO le sea declarado un impedimento físico y/o mental que le imposibilite permanentemente su capacidad de trabajo a consecuencia de un accidente o una enfermedad ocurridos dentro de la vigencia de LA PÓLIZA, y
- b) cuando la incapacidad haya existido de modo continuo durante un periodo de tiempo no menor de seis meses consecutivos desde que ocurrió el siniestro.

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

- a) los actos esenciales de la ocupación que venía desempeñando hasta el momento en que se diagnosticó la incapacidad, o
- b) los actos esenciales para cualquier otra 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. En caso de no pertenecer a alguno de los organismos anteriores, corresponderá a EL ASEGURADO dar pruebas de su Invalidez Total y Permanente, debiendo presentar a LA COMPAÑÍA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes de que disponga.
3. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. En este caso, una evaluación de LA COMPAÑÍA analizará 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 de sida 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 la referida de detección de sida o sero positivo.
4. La declaración de invalidez de EL ASEGURADO por parte de algún organismo privado sólo tendrá para LA COMPAÑÍA un valor meramente informativo y referencial.

5. En caso de controversia, la Invalidez Total y Permanente será evaluada por una junta médica compuesta 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 y con la especialidad correspondiente en ejercicio de su profesión.

6. 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.

2. COBERTURA PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (PASIACC)

LA COMPAÑÍA conviene en pagar, seis meses después de la fecha en que ocurra el siniestro y de que exista un dictamen de Invalidez Total y Permanente, la suma asegurada contratada para esta Cobertura a EL ASEGURADO que, a consecuencia de un accidente, quede inválido total y permanentemente.

Por Invalidez Total y Permanente por Accidente se entenderá lo siguiente:

- a) cuando EL ASEGURADO adquiriera, a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de LA PÓLIZA, un impedimento físico que le imposibilite permanentemente su capacidad de trabajo, y
- b) cuando la incapacidad haya existido de modo continuo durante un periodo de tiempo no menor de seis meses consecutivos desde que ocurrió el accidente.

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

- a) los actos esenciales de la ocupación que venía desempeñando hasta el momento en que se diagnosticó la incapacidad, o
- b) los actos esenciales para cualquier otra 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 dos organismos.
2. En caso de no pertenecer a alguno de los organismos anteriores, corresponderá a EL ASEGURADO dar pruebas de su Invalidez Total y Permanente, debiendo presentar a LA COMPAÑIA los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes de que disponga.
3. Queda convenido que LA COMPAÑIA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. En este caso, una evaluación de LA COMPAÑIA analizará la Invalidez Total y Permanente de EL ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA.
4. La declaración de invalidez de EL ASEGURADO de algún organismo privado sólo tendrá para LA COMPAÑIA un valor meramente informativo y referencial.
5. En caso de controversia, la Invalidez Total y Permanente será evaluada por una junta médica compuesta por dos médicos elegidos por EL ASEGURADO, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por LA COMPAÑIA. Si EL ASEGURADO lo desea, él podrá proponer un tercer médico, con el único requisito de que sea médico titulado y con la especialidad correspondiente en ejercicio de su profesión.
6. Se consideran 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 entenderá por pérdidas lo siguiente:

- a) Pérdida de la mano: por disfunción o separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
 - b) Pérdida del pie: por disfunción o 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 de 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.

Apartados de las Coberturas Opcionales por Invalidez

Apartado 1 Edad

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para las Coberturas Opcionales por Invalidez son 15 años de edad como mínimo y 59 años de edad como máximo. La edad de cancelación es de 64 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. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de su edad LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2 Prima

LA COMPAÑÍA concede las Coberturas Opcionales por Invalidez mediante el pago de una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA.

Apartado 3 Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas Coberturas Opcionales 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

Las indemnizaciones correspondientes a estas Coberturas Opcionales 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 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 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 paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia;**
- 8. lesiones recibidas al participar EL ASEGURADO en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- 9. padecimientos mentales;**
- 10. enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes;**
- 11. 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, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica;**
- 12. envenenamiento, salvo que sea accidental.**

C. COBERTURA OPCIONAL DOTALES A CORTO PLAZO (DCP)

Esta Cobertura consiste en que EL ASEGURADO adquiere un Seguro de Supervivencia a corto plazo (Dotal) a cuyo vencimiento LA COMPAÑÍA abonará la suma contratada de esta Cobertura al Fondo de Administración de LA PÓLIZA, salvo indicación en contrario por parte de EL ASEGURADO.

En caso de que el fallecimiento de EL ASEGURADO ocurra antes del vencimiento de la vigencia de esta Cobertura, LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura.

EL ASEGURADO podrá contratar esta Cobertura durante la vigencia del Contrato de Seguro y estará sujeta a lo siguiente:

- a) Deberá pagarse en una sola exhibición.
- b) Su plazo de vigencia será desde la fecha de pago de la prima correspondiente a esta Cobertura hasta el siguiente aniversario de LA PÓLIZA.
- c) Se aplicará la tarifa vigente en la fecha de pago de esta Cobertura, de acuerdo con las bases registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- d) Para esta Cobertura no aplican la cláusula relativa a primas y rehabilitación. La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la contratación de esta cobertura, salvo pacto en contrario.

Si la prima no hubiese sido pagada dentro del plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de la cobertura cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Las primas deberán ser pagadas a LA COMPAÑÍA contra entrega del recibo debidamente sellado y expedido por ella, ya sea en las oficinas de ésta o en la Institución Bancaria correspondiente.

- e) Los límites de admisión para EL ASEGURADO fijados por LA COMPAÑÍA para esta Cobertura son de 18 años de edad como mínimo y 69 años de edad como máximo.

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 o se cobre una extraprima para cubrir determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación, en la renovación o por cambio de ocupación de EL ASEGURADO.

CLÁUSULA 2ª MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

LA PÓLIZA y sus CONDICIONES GENERALES sólo podrán modificarse previo acuerdo entre EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA. Estas modificaciones deberán hacerse constar por escrito a través de endosos firmados por un funcionario de LA COMPAÑÍA. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por LA COMPAÑÍA carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 3ª 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 considerarán aceptadas las estipulaciones de LA PÓLIZA o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier declaración o notificación relacionada con el Contrato de Seguro deberá presentarse a LA COMPAÑÍA, por escrito, precisamente en el domicilio de ésta, el cual aparece en LA PÓLIZA.

CLÁUSULA 4ª PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en dos años, 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 5ª OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

EL ASEGURADO está obligado a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, en la solicitud y en los cuestionarios relativos al Seguro, todos los hechos –tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato– 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, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLÁUSULA 6ª INDISPUTABILIDAD

El Contrato de Seguro será indisputable excepto en 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 7ª 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. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de LA COMPAÑÍA a satisfacer las pretensiones de EL ASEGURADO.

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 8ª INMUTABILIDAD

Mientras LA PÓLIZA esté en vigor, LA COMPAÑÍA no podrá modificar las primas en ella establecidos.

CLÁUSULA 9ª VIGENCIA DEL SEGURO

Las Coberturas contratadas surtirán sus efectos a partir del día que se señala para cada una de ellas en LA PÓLIZA. El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para LA COMPAÑÍA, con alguno de los siguientes casos:

- a) el fallecimiento de EL ASEGURADO,
- b) la expiración del plazo del Seguro.

CLÁUSULA 10ª MONEDA

Al momento de la solicitud del Seguro se deberá especificar la moneda que se desea contratar. Con base en lo anterior, se deberá entender 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 dólar 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) Las devoluciones se efectuarán conforme al tipo de cambio vigente a la fecha en que se haga el pago.
- d) Los siniestros serán cubiertos de acuerdo con el tipo de cambio vigente al momento en que se haga el pago.
- e) Las sumas aseguradas y las primas de las coberturas contratadas serán expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA 11ª EDAD

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 12ª 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 pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de LA COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima 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 estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente 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 edad real de EL ASEGURADO en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

CLÁUSULA 13ª

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 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 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.

CLÁUSULA 14ª

SUICIDIO

En caso de suicidio de EL ASEGURADO dentro de los dos primeros años contados a partir del inicio de vigencia de LA PÓLIZA o de la última rehabilitación de ésta, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a cubrir el importe de la reserva matemática.

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 LA PÓLIZA 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. La Cobertura Básica podrá renovarse de forma vitalicia siempre que la vigencia de LA PÓLIZA no se haya interrumpido.

CLÁUSULA 17ª LIQUIDACIONES

LA COMPAÑÍA efectuará cualquier pago derivado de este Contrato a EL ASEGURADO, si éste se encuentra con vida, o a sus Beneficiarios designados, tras recibir pruebas del derecho de quien solicite el pago y las declaraciones que LA COMPAÑÍA pide en las formas correspondientes.

CLÁUSULA 18ª REHABILITACIÓN

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de primas, EL ASEGURADO podrá, en cualquier momento, proponer la rehabilitación del Contrato a LA COMPAÑÍA, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- 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 ASEGURADO deberá cubrir las primas en descubierto y los intereses por mora a la tasa de interés pactada;
- d) 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 19ª

PRIMAS

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

Si la prima anual o el primer pago en las primas en parcialidades no hubiesen sido pagados 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 en las primas en parcialidades no hubiesen sido pagados 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.

Si después de transcurridos los periodos anteriores, EL ASEGURADO no ha cubierto el pago correspondiente, la prima no cubierta será pagada con cargo al Fondo en Administración de EL ASEGURADO. Si el Fondo no existe o es insuficiente, LA POLIZA se cancelará.

Las primas convenidas deberán ser pagadas a LA COMPAÑÍA contra entrega del recibo debidamente sellado y expedido por ella, ya sea en las oficinas de ésta o en la Institución Bancaria correspondiente.

Programa Descuento por Nómina

El Programa Descuento por Nómina es una opción que EL ASEGURADO tiene para el pago de primas. Las primas convenidas, de acuerdo con este Programa, siempre serán mensuales.

Cuando a EL ASEGURADO se le deje de aplicar el Programa Descuento por Nómina, podrá formar parte de la “Cartera Regular” de LA COMPAÑÍA. De ser el caso, se definirá un nuevo plan de pago de primas de la “Cartera Regular” en donde se especificarán las nuevas condiciones del Contrato.

Ante la falta de pago de las primas a LA COMPAÑÍA, el Seguro quedará cancelado automáticamente en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 20ª

FONDO EN ADMINISTRACIÓN

Al concluir la vigencia de los Seguros Dotes a corto plazo, las sumas aseguradas formarán parte del Fondo en Administración, salvo que EL ASEGURADO gire instrucciones en contrario.

La inversión, reinversión y administración del Fondo de EL ASEGURADO se realizarán de acuerdo con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Si EL ASEGURADO dejara de cubrir alguna prima de LA PÓLIZA dentro del periodo pactado, será pagada automáticamente con la cantidad que se necesite tomada del Fondo en Administración, hasta el agotamiento de este Fondo.

En cada aniversario de LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA proporcionará a EL ASEGURADO un estado de cuenta de su Fondo en Administración. El estado de cuenta contendrá la siguiente información:

- a) saldo al aniversario inmediato anterior,
- b) dotaciones vencidas,
- c) cargos al Fondo para pago de primas,
- d) retiros efectuados por EL ASEGURADO,
- e) intereses acreditados por la inversión del Fondo,
- f) cargos por administración del Fondo.

Por concepto de gastos de administración, LA COMPAÑÍA cobrará el 5% de los intereses obtenidos por la inversión del Fondo.

Retiro del Fondo en Administración

EL ASEGURADO podrá efectuar retiros de su Fondo mediante una solicitud escrita a LA COMPAÑÍA, la cual efectuará el pago dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud del retiro.

A la liquidación que corresponda se aplicará un cargo equivalente a tres días de salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal (S.M.G.D.V.D.F.) por concepto de retiro efectuado.

Liquidación del Fondo en Administración

El Fondo en Administración de EL ASEGURADO formará parte integrante de:

- a) la liquidación que haga LA COMPAÑÍA a EL ASEGURADO en caso de cancelarse LA PÓLIZA o al término de la vigencia de ella;
- b) la liquidación que haga LA COMPAÑÍA a los Beneficiarios designados, si ocurre el fallecimiento de EL ASEGURADO.

CLÁUSULA 21ª INFORMACIÓN RELATIVA AL 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 de el 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.

CLÁUSULA 22ª BENEFICIOS (ANTICIPOS DE SUMA ASEGURADA)

En caso de que LA COMPAÑÍA efectúe algún pago relacionado con el Beneficio denominado Anticipo Inmediato de Suma Asegurada y con el Beneficio denominado Anticipo de Suma Asegurada en Vida por Enfermedad Terminal, -los cuales más adelante se describen- se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- a) la suma asegurada para la Cobertura Básica será reducida por el anticipo realizado por LA COMPAÑÍA;
- b) la reserva se reducirá en la misma proporción que se reduzca la suma asegurada de la Cobertura Básica de acuerdo con el inciso anterior;
- c) una vez realizado el anticipo, no será posible realizar cambio de plan del seguro contratado;

- d) el anticipo podrá ser realizado una sola vez, ya sea por concepto de Anticipo Inmediato de Suma Asegurada o por Anticipo de Suma Asegurada en Vida por Enfermedad Terminal;
- e) LA COMPAÑÍA tendrá derecho a determinar la procedencia del siniestro por fallecimiento mediante los lineamientos establecidos por la propia COMPAÑÍA, aun cuando con anterioridad hubiera otorgado el anticipo de suma asegurada;
- f) en caso de que exista algún adeudo con LA COMPAÑÍA, éste será descontado de la suma asegurada, y sobre el remanente se otorgará el anticipo.

DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS

1. Beneficio Anticipo Inmediato de Suma Asegurada

Al fallecimiento de EL ASEGURADO, con la sola presentación de LA PÓLIZA y el certificado médico de defunción, LA COMPAÑÍA, después de 24 horas, dará al Beneficiario designado un anticipo del 20% de la suma asegurada alcanzada por la Cobertura básica, con un máximo de 2 S.M.G.A. Para hacer efectivo este Beneficio será necesario que hayan transcurrido 2 años desde la expedición de LA PÓLIZA o desde la última rehabilitación de ella.

En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a LA COMPAÑÍA el certificado médico de defunción, siempre y cuando el porcentaje de suma asegurada que como Beneficiario le corresponda sea mayor o igual al importe del pago que por este Beneficio tenga que efectuar LA COMPAÑÍA.

La cantidad que por este concepto pague LA COMPAÑÍA será descontada de la liquidación final a que tenga derecho el Beneficiario al que se le otorga el anticipo.

2. Beneficio Anticipo de Suma Asegurada en Vida por Enfermedad Terminal

LA COMPAÑÍA conviene en otorgar a EL ASEGURADO de forma anticipada un porcentaje del 25% de la suma asegurada de la Cobertura Básica, con un máximo de 30 S.M.G.A., cuando se presenten las pruebas de la existencia de una Enfermedad Terminal. Para poder hacer uso de este Beneficio será necesario que hayan transcurrido 2 años desde la expedición de LA PÓLIZA o desde o la última rehabilitación de ella. No procederá pago alguno por este Beneficio a consecuencia de enfermedades que EL ASEGURADO padezca o haya padecido de manera anterior a la contratación del Seguro.

Se entenderá por Enfermedad Terminal cualquier padecimiento de los que se señalan en el listado siguiente, y siempre que sea diagnosticado por un médico. El diagnóstico deberá ser aprobado por LA COMPAÑÍA.

Se consideran Enfermedades Terminales:

- Cáncer
- Insuficiencia cardiaca, grado IV
- Insuficiencia hepática crónica
- Insuficiencia renal crónica (terminal) con necesidad de diálisis renal
- Enfermedad Cerebrovascular

LA ASEGURADORA entenderá por:

- **Cáncer:** presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento celular anormal que invade tejidos vecinos a distancia por metástasis. Se manifiesta por un desorden en la función y estructura celular. Incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático.
Se demuestra por: evidencia de células malignas en material histológico y citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.
- **Insuficiencia cardiaca, grado IV:** síndrome principalmente representado por alteraciones en la eficiencia de la función de bomba del corazón.
Se demuestra por: hemoptisis, cianosis, matidez pulmonar, hepatomegalia, cardiomegalia, edema, entre otros signos o síntomas en la etapa final.
- **Insuficiencia hepática crónica:** enfermedad crónica del hígado progresiva e irreversible que lleva a: a) la incapacidad del hígado para ejercer sus funciones de detoxificación del organismo (insuficiencia hepática); b) fenómenos de sangrado (coagulopatía); c) aumento de presión en la vena porta, que causa acumulación de líquido en el abdomen (ascitis) y dilatación peligrosa de las venas del esófago (varices esofágicas); d) alteraciones del cerebro de amoníaco en sangre (encefalopatía hepática).
Se demuestra por: pruebas de función hepática alterada o demostrativas de insuficiencia hepática; biopsia hepática alterada; historia de ictericia y ascitis.
- **Insuficiencia renal crónica (terminal) con necesidad de diálisis renal:** enfermedad crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter a EL ASEGURADO a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.
Se demuestra por: historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.
- **Enfermedad cerebrovascular:** muerte de una porción cerebral debida a una interrupción brusca –por trombosis, embolia o espasmo– del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, o a hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causen deficiencia neurológica.
Siempre y cuando se llenen los requisitos de la Enfermedad Terminal, LA PÓLIZA cubre los siguientes padecimientos cerebrovasculares: trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo; efectos tardíos de absceso o de infección piógena intracraneales; otras degeneraciones cerebrales y otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central.
Se demuestra por: evidencia de deficiencia neurológica típica de principio agudo que haya persistido después de 3 meses.

LA COMPAÑÍA concederá este Beneficio únicamente si se le presentan pruebas del padecimiento con diagnóstico definitivo, cuyo pronóstico sea fatal o mortal.

Para el pago de cualquier reclamación por concepto de este Beneficio, EL ASEGURADO o quien sus derechos represente se sujetarán a los siguientes puntos:

- a) LA COMPAÑÍA deberá recibir: a) informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado; b) historia clínica; c) estudios radiológicos, histopatológicos y de laboratorio. Todos ellos deberán demostrar que la expectativa de vida de EL ASEGURADO se ha reducido irreversiblemente.

- b) LA COMPAÑIA se reserva el derecho de examinar a EL ASEGURADO con el médico que ella designe y de investigar el historial clínico con los médicos tratantes, el hospital utilizado, los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

Exclusiones de este Beneficio:

En ningún caso LA COMPAÑIA estará obligada a pago alguno cuando:

- 1. la enfermedad se deba a enfermedades o padecimientos preexistentes;**
- 2. la enfermedad sea un padecimiento de:**
 - a) angioplastia coronaria transluminal percutánea;**
 - b) trombólisis mediante cateterismo coronario;**
 - c) episodios de isquemia transitoria, alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo craneoencefálico, enfermedades intracraneanas infecciosas;**
 - d) neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos;**
 - e) displacia cervical NIC-I, NIC-II y NIC-III;**
 - f) lesiones consideradas por histología como premalignas;**
 - g) cánceres de próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer), o cualquier otra clasificación equivalente o menor;**
 - h) cualquier complicación o tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);**
 - i) enfermedad mental, Alzheimer, Demencia Senil;**
- 3. la enfermedad terminal resulte a consecuencia de lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo EL ASEGURADO o se produzca con el consentimiento o participación de éste, o sea consecuencia de acciones en que exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del mismo ASEGURADO;**
- 4. la enfermedad terminal sea resultado de alcoholismo o de su tratamiento;**
- 5. la enfermedad terminal se derive del uso de drogas (estupefacientes o psicotrópicos) o de su tratamiento sin vigilancia, no prescritas por un médico;**
- 6. la enfermedad terminal se derive de riesgos nucleares;**
- 7. la enfermedad terminal se derive de transplantes que sean procedimientos de investigación;**
- 8. la enfermedad terminal haya sido provocada directamente por actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones, por hechos delictivos intencionales imputables a EL ASEGURADO, o por lesiones que éste sufra al participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad de cualquier clase de vehículo;**
- 9. la enfermedad sea distinta a las definidas en este Beneficio.**