



Negocios

Construye el futuro con certeza

Planprotege Vida

Condiciones Generales

Contenido

	Página
I. Definiciones	6
1. Asegurado	6
2. Beneficiario	6
3. Categoría	6
4. Certificado Individual	6
5. Compañía	6
6. Consentimiento	6
7. Contratante	6
8. Dependientes	6
9. Empresa PyME	6
10. Endoso	6
11. Enfermedad Preexistente	7
12. Extraprima	7
13. Grupo Asegurado	7
14. Pérdida Orgánica	7
15. Periodo de Espera	7
16. Póliza o Contrato de Seguro	7
17. Prima	7
18. Relación de integrantes	7
19. Salario Base	7
20. Siniestro	7
21. Suma Asegurada	7
22. Suma Asegurada Máxima	8
23. UMA	8
II. Objeto del Seguro	8
III. Leyes Aplicables	8
IV. Descripción del Seguro	8
1. Características del Grupo Asegurado	8
2. Descripción de la Cobertura Básica	8
a) Descripción de la Cobertura por Fallecimiento	8
3. Edades de Aceptación	8
4. Edad de Renovación	8
V. Beneficios Incluidos	9
1. Anticipo por Fallecimiento	9
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	9
a) Infarto al Miocardio	10
b) Enfermedad Coronaria Obstructiva	10
e) Insuficiencia Renal	11
3. Exclusiones	13

	Página
VI. Coberturas Adicionales	13
1. Coberturas Adicionales por Accidente (con costo)	13
a) Descripción de Coberturas por Accidente	13
b) Indemnización Máxima	14
c) Edades de Aceptación	14
d) Edad de Renovación	15
e) Exclusiones	15
2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente (con costo)	16
a) Definición de Invalidez Total y Permanente	16
b) Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	16
c) Descripción de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente	17
d) Edades de Aceptación	17
e) Edad de Renovación	17
f) Exclusiones	18
VII. Dividendos	19
1. Definición de Dividendo	19
2. Dividendos por Experiencia Global	19
a) Con Dividendos	19
b) Sin Dividendos	19
3. Pago de Dividendos	19
a) Cálculo	19
b) Periodo de Pago	19
VIII. Cláusulas Generales	20
1. Vigencia	20
2. Designación de Beneficiarios	20
3. Pago de la Prima	21
4. Moneda	21
5. Corrección del Contrato de Seguro	21
6. Indisputabilidad	21
7. Omisiones o Inexactas Declaraciones	22
8. Notificaciones	22
9. Cambio de Ocupación	22
10. Rehabilitación	23
11. Renovación	23
12. Carencia de Restricciones	24
13. Suicidio	24
14. Comprobación del Siniestro	24
15. Verificación de Edad	24
16. Pago del Seguro	24
17. Intereses Moratorios	25
18. Impuestos	25
19. Prescripción	25
20. Competencia	25
21. Terminación del Contrato de Seguro	26
22. Revelación de Comisiones	26
23. Prelación	26

	Página
IX. Procedimientos	26
1. Certificados Individuales	26
2. Relación de integrantes	27
3. Regla para Determinar Suma Asegurada	27
4. Administración de la Póliza	27
a) Sistema Autoadministrado	27
b) Sistema Tradicional	29
c) Sistema de Administración de Documentos	30
5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado	32
6. Modificaciones	33
a) Cambio de Contratante	33
b) Cambio de Forma de Pago de las Primas	33
c) Cambio de Beneficiarios	33
7. Reconocimiento de Antigüedad	33
X. Servicios de Asistencia	33
1. Servicios de Consultoría y Asesoría Legal para el Contratante	33
a) Laboral	34
b) Administrativo	34
c) Mercantil	34
d) Fiscal	34
e) Corporativo	34
f) Penal	35
g) Exclusiones	35
2. Servicios de Asistencia Médica y Descuentos	36
3. Servicio de Asistencia Funeraria	40
XI. Listado de Abreviaturas	42
XII. Artículos Citados	41
XIII. Registro	47

Planprotege

Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Asegurado

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

2. 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.

3. Categoría

El Contratante podrá designar una clasificación para sus Asegurados, en la cual se establecerán las reglas de Suma Asegurada y coberturas particulares de cada una de estas clasificaciones de carácter general.

4. 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.

5. 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 éste.

6. Consentimiento

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

7. 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.

8. Dependientes

Se considerarán como tales a aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado: ya sea el cónyuge o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino y los hijos que sean solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

9. Empresa PyME

Todas las micro, pequeñas y medianas empresas del sector privado. De acuerdo a la ley aplicable, las empresas se clasifican por el número de trabajadores que laboran en ella. De conformidad con la legislación aplicable, la Compañía considerará las empresas que tengan entre 3 y 250 empleados.

10. 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 éste. Lo señalado por estos documentos prevalecerá

sobre las condiciones generales aplicables en todo aquello que se contraponga.

11. Enfermedad Preexistente

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

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

12. Extraprima

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

13. 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 y que han dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. Relación de integrantes

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

19. 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.

20. Siniestro

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

21. 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, Relación de integrantes o en los Endosos correspondientes.

Los incrementos o decrementos en la Suma

Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante o, cuando el límite de responsabilidad esté directamente relacionado con las percepciones salariales base de los Asegurados.

22. 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 ésta 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.

23. UMA

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

los miembros del Grupo Asegurado que tengan relación laboral con el Contratante y cuyo objeto es garantizar prestaciones u obligaciones con los Asegurados.

Para ser Asegurado del Grupo Asegurado deben reunirse los siguientes requisitos:

- a) Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía; y
- b) Que aparezcan inscritos en la Relación de integrantes de la Póliza; y
- c) Que se encuentren en servicio activo para el Contratante; y
- d) Que no se haya emitido, por parte de alguna institución de salud autorizada, dictamen de invalidez temporal o parcial total y permanente.

II. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima de Seguro 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, las indemnizaciones correspondientes a las Sumas Aseguradas al ocurrir el Siniestro bajo las coberturas y beneficios establecidos en este Contrato de Seguro que se describen más adelante, 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, 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

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza y Certificado Individual a

2. Descripción de la Cobertura Básica

a) 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 en el Consentimiento 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

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.

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

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, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio, 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 Sinistro.

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, de su credencial oficial de identificación por ambos lados, del Certificado Individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario en caso de que cuente con él.

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 una UMA anual 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 éste 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 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

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 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.

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. El infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; y
3. 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
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) UMA anuales.

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una de las enfermedades 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, éstos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- c) Para las empresas que cuenten con el registro de sus empleados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que haya transcurrido al menos un Periodo de Espera de 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o del Certificado Individual 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; y.

- d) Para las empresas que no cuenten con el registro de sus empleados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que haya transcurrido un Periodo de Espera de al menos 12 (doce) meses contados a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o del Certificado Individual 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; y.

- e) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y 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.

3. 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, de conformidad con la definición establecida en estas condiciones generales. 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.**

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 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. 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

Las coberturas por Accidente y por Invalidez Total y Permanente, 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 integrantes, Certificados Individuales o en los Endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

Cada una de estas coberturas adicionales, tendrán el siguiente tratamiento.

1. Coberturas Adicionales por Accidente (con costo)

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.

a) Descripción de Coberturas por Accidente

1. 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 a consecuencia de un 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, el pago de la Suma Asegurada correspondiente se efectuará a la sucesión del Asegurado.

2. Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

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 de vigencia 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 que se señala en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación de la Suma Asegurada de esta cobertura:

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 sufiere 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.

b) 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 por Accidente (POA), 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.

1. Si la Compañía llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Indemnización por Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de la Indemnización por Muerte Accidental se verá reducida por el monto que se cubra como Indemnización por Pérdidas Orgánicas.
2. 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.

c) Edades de Aceptación

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.

El menor de edad y los padres o tutores de éste, deberán otorgar su consentimiento

personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

d) Edad de Renovación

Para las coberturas contratadas por Indemnización por Muerte Accidental (DI), y/o Indemnización por Pérdidas Orgánicas (PO), 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.

e) 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 dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, 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 en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2. 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) Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
- e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- f) Fallecimiento o Pérdida**

Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.

g) Pérdida Orgánica originada por una cualquier enfermedad.

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

2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente (con costo)

En caso de que algún o algunos de los Asegurados sufra una Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional 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 acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de integrantes, Certificado Individual o en los Endosos correspondientes.

a) 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.

Se entenderá por:

- 1) Pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- 2) Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.
- 3) Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.
- 4) Anquilosis: fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

b) 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.

La indemnización correspondiente se efectuará al propio Asegurado. En caso de que el Asegurado fallezca sin haber recibido el pago de esta cobertura, el importe de la Suma Asegurada contratada para ésta se pagará a su sucesión.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez dentro del Periodo de Espera que hace mención el párrafo anterior, no procederá el pago de las coberturas por Invalidez Total y Permanente que hubieran sido contratadas.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia su reclamación por Invalidez Total y Permanente, 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.

c) Descripción de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

El Contratante podrá elegir algunas de las siguientes opciones:

1. Invalidez Total y Permanente (BITP)

Si durante la vigencia del Certificado Individual, algún Asegurado sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago, con el Periodo de Espera aplicable para los números 1 y 2 de la Definición de Invalidez Total y Permanente.

2. Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

Si durante la vigencia del Certificado Individual, algún Asegurado se invalida total y permanentemente, la Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Certificado Individual en cuestión. La Compañía le proporcionará al Asegurado una Póliza de seguro con cobertura por fallecimiento donde hace constar que lo asegura durante toda la vida sin más pago de Primas, mientras dure el estado de invalidez, por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse.

d) Edades de Aceptación

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.

El menor de edad y los padres o tutores de éste 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.

e) 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.

f) 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 dolosos en los que participe directamente el Asegurado.
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, 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 en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña,

cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

2. 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 por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
- 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 éstas.

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

4. Por Enfermedades Preexistentes, de conformidad con la definición establecida en estas condiciones generales. 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.

3. 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

VII. Dividendos

1. Definición de 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.

2. 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.

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) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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 éste 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.

VIII. Cláusulas Generales

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la Prima. Para los Asegurados que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado Individual.

2. Designación de Beneficiarios

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

- a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.

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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3. 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 la 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), éste 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.

En caso de que el pago de la Prima se realice a través de descuento por nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este seguro.

4. 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.

5. 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).

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

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

6. Indisputabilidad

Este contrato será disputable, durante el plazo que se indique para cada Grupo Asegurado, 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.

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.**

Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, 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.

7. 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 éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley. Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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.

8. 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 éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación

En caso 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.

10. Rehabilitación

En caso 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.

11. 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 establecidas en este Contrato de Seguro.

12. Carencia de Restricciones

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

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).

13. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año 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.

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

14. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a la cobertura contratada de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, 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.

15. 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.

16. 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, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensadas de la liquidación correspondiente.

17. 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.

18. 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.

19. Prescripción

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

Artículo 81

“Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

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

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

Artículo 82

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago”.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

20. 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, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del

reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro contacte a la **Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE)**:

Teléfonos: Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 7663 (opción 1), en la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1).

Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, C.P. 03200.

E-mail: axasoluciones@axa.com.mx

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle Cd. de México, C.P. 03100, tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 8080, <http://www.gob.mx/condusef>, asesoria@condusef.gob.mx.

21. 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 en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación.
- e) La Compañía podrá dar por terminado el

Certificado Individual o el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

22. 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.

23. Prelación

En caso de existir Condiciones Particulares pactadas en la Póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

IX. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado Individual para que éste 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) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo 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 integrantes

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 integrantes 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

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.

4. Administración de la Póliza

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Asegurados, relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste, podrá ser administrado de acuerdo a los sistemas siguientes:

a) Sistema Autoadministrado

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

La Administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, de acuerdo a lo que se estipule en la Caratula 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.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada 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, 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. 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 y Asegurados que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

b) 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 calculada 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, éste 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 éste ampare.

c) Sistema de Administración de Documentos

De acuerdo a lo que se especifique en la Caratula de la Póliza, el Contratante se compromete a recabar la información mínima necesaria de la población a asegurar la cual consiste en: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación o profesión, actividad o giro del negocio, nacionalidad, CURP (sólo en caso de que el Asegurado cuente con ésta), RFC (sólo que el Asegurado cuente con éste), número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada (sólo en caso de que el Asegurado cuente con éste) relación del Asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del Asegurado al grupo, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico (sólo en caso de que el cliente cuente con éste). Asimismo, se compromete a recabar de cada Asegurado la copia de una identificación oficial vigente y de un comprobante domiciliario vigente (éste último documento sólo en caso de que el domicilio proporcionado por el Asegurado no coincida contra el domicilio detallado en su identificación o bien dicha identificación no detalle domicilio alguno). En este sentido, el Contratante se obliga a integrar un expediente de identificación de cada Asegurado con la información y documentación antes citada así como los Consentimientos individuales de seguro en el formato proporcionado por la Compañía en el que deberá constar la designación de los Beneficiarios y la firma del Asegurado, lo

anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante deberá informar a cada uno de los Asegurados el contenido de su Certificado Individual. La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información y documentación que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro la cual deberá ponerse a disposición de la Compañía en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles o bien, tratándose de un requerimiento de la autoridad, con al menos 1 (un) día hábil de anticipación a la fecha máxima de entrega otorgada por la autoridad, lo anterior de conformidad con lo establecido por en la Disposición Décima Segunda de la Resolución por la que se expiden Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas el 19 de julio del 2012 en el Diario Oficial de la Federación así como por el 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. Para ello, el Contratante se obliga a conservar el expediente de identificación de todos sus trabajadores, colaboradores o personal durante toda la vigencia del Contrato de Seguro, aun tratándose de aquellos que dejen de prestar sus servicios al Contratante, y de ponerlos a Disposición de la Compañía al término de la vigencia del Contrato de Seguro para su resguardo y custodia.

La Compañía administrará los movimientos de altas, bajas y/o incrementos de Suma Asegurada de los Asegurados en cada mes contado a partir de la vigencia del Contrato de Seguro que el Contratante reporte. La Compañía realizará ajustes en las Primas de Seguro y podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro, lo anterior 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 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 establecido el Contrato de Seguro, 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 establecido el Contrato de Seguro.

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 establecido el Contrato de Seguro, de acuerdo 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.

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 de Seguro neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, de acuerdo con el 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 carátula de la Póliza.

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

2. Ajuste de Primas de Seguro

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en

las Primas de Seguro se realizarán de acuerdo a la edad y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

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

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 ésta 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, sólo 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 éste 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 Autoadministrado, Tradicional y Sistema de Administración de Documentos 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 ésta 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 ésta y en la Póliza anterior.

X. Servicios de Asistencia

La Compañía otorgará los Servicios de Asistencia que se describen en este apartado a través de un tercero (en adelante Proveedor en Convenio) y aplican únicamente en la República Mexicana.

Mediante estos servicios los Asegurados serán referidos con el Proveedor en Convenio, quien prestará sin costo alguno los servicios que a continuación se describen.

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

- Nombre completo del Asegurado; y
- Número de Póliza; y
- Nombre completo o razón social del Contratante.

1. Servicios de Consultoría y Asesoría Legal para el Contratante

El Contratante podrá realizar consultas legales

vía telefónica, por correo electrónico o página web que al efecto designe la Compañía y el Proveedor en Convenio de forma ilimitada a los abogados del Proveedor en Convenio en las materias que más adelante se detallan.

De igual manera tendrá derecho a solicitar de forma ilimitada asesorías jurídicas, las cuales consisten en la revisión o elaboración de diversos documentos legales que no impliquen la autorización de los órganos judiciales, administrativos o de cualquier otra índole, y se encuentren relacionados con los temas que se describen a continuación. La Consultoría y Asesoría son proporcionadas por el Proveedor en Convenio y aplican únicamente en territorio nacional para el Contratante que se encuentre amparado en la Póliza durante el plazo del Contrato de Seguro, siempre y cuando la misma se encuentre vigente.

El Contratante podrá acceder a los servicios en las siguientes materias del derecho:

a) Laboral

Contratos de trabajo y prestación de servicios.

Asesoría respecto de las formalidades para celebrarlos, el contenido general y terminación del contrato.

Despido de trabajadores.

Asesoría respecto de los requisitos, causas, indemnizaciones, efectos y procedimiento para terminar la relación laboral con un empleado.

Condiciones laborales.

Asesoría respecto de cualquier duda que pueda tener el patrón sobre jornada de trabajo, salario, días de descanso, feriados, vacaciones, permisos, horas extraordinarias, utilidades y riesgos de trabajo.

Derechos de seguridad social.

Asesoría respecto del procedimiento que debe seguir en caso de que alguno de sus empleados se incapacite y/o sufra un accidente de trabajo.

b) Administrativo

Permisos y licencias administrativas.

Asesoría sobre los requisitos y formalidades que la ley exige para la operación y funcionamiento de una empresa.

Registros y avisos.

Asesoría para realizar los avisos y registros con los que debe contar una empresa para no ser sujeto de futuras multas o sanciones impuestas por las autoridades competentes.

Certificaciones ISO.

Asesoría sobre los pasos para obtener las certificaciones ISO.

Norma oficial mexicana.

Asesoría sobre los alcances de alguna Norma Oficial Mexicana en particular que aplique al giro de la empresa.

c) Mercantil

Cobranzas.

Asesoría sobre el procedimiento para cobrar o pagar deudas derivadas de la operación de la empresa.

Buró de crédito.

Asesoría para solicitar el reporte especial de crédito ante la institución correspondiente.

Protección al consumidor.

Asesoría respecto de las alternativas de solución de controversias y procedimiento ante la Procuraduría Federal del Consumidor para proteger los derechos del consumidor.

d) Fiscal

Obligaciones de los contribuyentes, funciones y atribuciones del SAT y secretarías de finanzas locales.

Asesoría sobre las principales obligaciones fiscales a cargo del Contratante (ISR, IVA, IETU).

e) Corporativo

Normas sobre constitución y funcionamiento de sociedades.

Asesoría sobre los requerimientos establecidos en la legislación para la debida constitución y operación que se relacionen con la empresa.

Determinación del giro de la sociedad, constitución de sociedades, órganos de administración, otorgamiento y revocación de poderes, aportaciones de los socios, acciones, repartos de utilidades y otras.

Orientación y asesoría sobre la elaboración de los estatutos sociales que regirán la empresa y alcances de los mismos.

Normas sobre propiedad industrial.

Asesoría para la obtención del registro de marcas, licencias de uso de marcas y franquicias.

Convenios y/o contratos.

Asesoría en la elaboración de los contratos o convenios que la empresa requiera relacionados con: crédito, compraventa, publicidad, arrendamiento, distribución y garantía.

f) Penal

Denuncias o querellas ante el Ministerio Público.

Asesoría respecto de los pasos y acciones que se deben realizar para interponer una denuncia o querella ante el Ministerio Público, así como las formalidades que la ley exige para cada caso en particular y se relacione con los servicios de consultoría y asesoría descritos con anterioridad.

Para acceder a las Consultas y Asesorías Legales, el Contratante se deberá comunicar al teléfono que determine la Compañía; estos servicios se prestarán sin costo alguno para ellos a través del Proveedor en Convenio, quien se compromete a otorgar los servicios antes descritos.

La comunicación posterior entre el Proveedor en Convenio y Contratante, así como la prestación de servicios distintos a los descritos en este apartado, serán contratados directamente por el Contratante con el Proveedor en Convenio quien en su caso informará al Contratante los costos correspondientes a los servicios de su interés.

g) Exclusiones

Este servicio no incluye Consultas

o Asesorías Legales derivadas de:

1.1. Atención de asuntos regidos por una legislación distinta a la mexicana.

1.2. Acciones del Contratante tendientes a eludir algún tipo de responsabilidad o cometer un acto considerado como ilícito por las disposiciones legales establecidas o basadas en manifestaciones falsas o manipuladas.

1.3. Hechos o acciones ocurridas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro.

1.4. Acciones que pretenda interponer el Contratante en contra de la Compañía.

1.5. Todo uso malicioso en el que participe directa o indirectamente el propio Contratante.

1.6. Acciones judiciales contra bancos, instituciones financieras y compañías o agentes de seguros.

1.7. Los honorarios y gastos de abogados distintos de aquellos que el Prestador en convenio haya designado y autorizado para la prestación del servicio objeto del presente contrato.

1.8. Todo robo, pérdida, extravío y/o clonación, en los que conste la firma auténtica del propio Contratante.

1.9. Cualquier gasto o pago

efectuados por el Contratante derivado de la prestación de servicios distintos a los descritos en el apartado 1.

1.10. Ni la Compañía ni el Proveedor en convenio serán responsables con respecto a algún daño o perjuicio causado al Asegurado derivado de servicio prestado, por acciones u omisiones del Contratante si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2. Servicios de Asistencia Médica y Descuentos

a) Definiciones

Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye para el otorgamiento de los Servicios de Asistencia Médica y Descuentos.

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

2. Beneficiario(s)

Asegurado, cónyuge, hijos menores de 25 (veinticinco) años o sus padres quienes para hacer uso del Servicio de Asistencia Médica y Descuentos deberán activarlos llamando al teléfono que determine la Compañía.

3. Compañía

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

4. Enfermedad

Toda alteración en la salud del Beneficiario, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la vigencia de este Contrato de Seguro.

5. Equipo Médico del Proveedor en Convenio

El personal médico y asistencial que esté gestionando los Servicios de Asistencia por parte del Proveedor en Convenio a un Beneficiario.

6. Fecha de Inicio

Será la Fecha de Inicio de la vigencia de Póliza del Contrato de Seguro, fecha a partir de la cual el Proveedor en Convenio empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.

7. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, certificado para realizar los procedimientos médicos correspondientes.

8. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

9. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

10. Residencia Permanente

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en el Consentimiento o cualquier otro medio razonable de comprobación.

11. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales Médicos y de Descuentos que gestiona el Proveedor en Convenio a los Beneficiarios en los términos de estas condiciones generales,

para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

12. Situación de Asistencia

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

13. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia Médica que se mencionan en estas condiciones generales, se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

14. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

b) Asistencia Médica: Tú médico 24 horas®

1. Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día

Orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, sin costo y sin límite de eventos sobre problemas médicos menores, para atender síntomas o molestias, dudas en relación con la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiera la presencia de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, es responsabilidad del

Asegurado su aplicación y seguimiento.
En ningún caso se emitirá una prescripción médica.

Ni la Compañía ni el Proveedor en Convenio serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2. Consultas Médicas a Domicilio

A solicitud del Beneficiario, el Proveedor en Convenio gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo dentro del territorio nacional. El Asegurado pagará directamente al Médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta, dicho costo preferencial se notificará al momento de la gestión del envío de un Médico general.

3. Traslado Médico de Emergencia

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

Este traslado se otorgará 2 (dos) veces

por vigencia del Certificado Individual. En caso de requerir traslados adicionales, el Beneficiario deberá cubrir los gastos con precios preferenciales.

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

c) Descuentos y Precios Preferenciales

1. Referencia de Laboratorios Clínicos

El Beneficiario podrá obtener la referencia de laboratorios para practicarse estudios de biometría hemática, química sanguínea y antígeno prostático, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

2. Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen

El Beneficiario podrá obtener la referencia de estudios de gabinete como radiología, rayos X simples y con medio de contraste, ultrasonido y tomografías, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

3. Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio

El Beneficiario podrá solicitar en su Residencia Permanente, o en el lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo dentro del territorio nacional, la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

4. Referencia Dental

El Beneficiario podrá obtener la referencia de un odontólogo para realizar diagnósticos, radiografías, prevención, operatoria dental, cirugía bucal, prótesis bucal, prostodoncia, tratamiento periodontal y ortodoncia, con precios preferenciales. El Beneficiario

podrá elegir libremente al odontólogo de entre los que hayan sido referidos por el Proveedor en Convenio.

5. Referencia de Ópticas

El Beneficiario podrá obtener la referencia de ópticas de prestigio, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

6. Referencia de Farmacias

El Beneficiario podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en la red de farmacias que determine el Proveedor en Convenio. Los precios serán preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

d) Obligaciones del Beneficiario

1. Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio y proporcionará los datos siguientes:

- a. Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el Proveedor en convenio podrá contactar con el Beneficiario o su representante.
- b. Su nombre y su número de Póliza.
- c. Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo de Médicos del Proveedor en Convenio tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el Proveedor en Convenio no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

2. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del

Proveedor en Convenio, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

- a. El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- b. El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del Médico que habitualmente atiende al Beneficiario.

El equipo de Médicos del Proveedor en Convenio o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Proveedor en Convenio no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo de Médicos del Proveedor en Convenio decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

e) Normas generales

1. Mitigación

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

2. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayoría, contratistas independientes elegidos por el Proveedor en Convenio con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que el Proveedor en Convenio no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

3. Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra del Proveedor en Convenio.

f) Exclusiones

La Compañía no será responsable de los Servicios de Asistencia en los siguientes casos:

1. Cuando sean derivados de la participación directa del Beneficiario en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

2. Las solicitudes de servicio ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza o del Certificado Individual correspondiente.

3. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el Proveedor en Convenio.

4. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.

5. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.

6. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.

3. Servicio de Asistencia Funeraria

Los Beneficiarios designados o familiares del Asegurado podrán solicitar los servicios funerarios a través del Proveedor en Convenio hasta por la cantidad de \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N.). Este servicio lo brindará la Compañía a través del Proveedor en Convenio.

Para solicitar los servicios funerarios, los Beneficiarios o familiares del Asegurado se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía; estos servicios se prestarán a través del Proveedor en Convenio, quien se compromete a otorgar el servicio que más adelante se detalla sin costo hasta por la cantidad de \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N.) para los Beneficiarios o familiares del Asegurado al momento de ocurrir el fallecimiento de éste.

Si al momento de hacer uso del Servicio Funerario, los deudos deciden realizar modificaciones al paquete de Servicios Funerarios ofrecido por el Proveedor en Convenio que en el presente documento se señalan y esta modificación excede la cantidad descrita en el primer párrafo de éste inciso, quedará a cargo de los Beneficiarios o familiares o del solicitante del servicio el pago de cualquier excedente que corresponda.

El Servicio Funerario estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, por conducto del Proveedor en Convenio, y comprende exclusivamente la gestoría del funeral del Asegurado, la cual consiste en lo siguiente:

1. Trámite de los permisos correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales de Salubridad, Oficina de Panteones. El Proveedor en Convenio asesorará y apoyará a los familiares del Asegurado en todos los trámites relacionados con el servicio funerario, tales como:

- 1.1. **Permisos correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.** Los trámites ante la Secretaría de Salud los realiza la agencia funeraria asignada. En cuanto a las oficinas de panteones civiles y municipales, es necesaria que el familiar solicite la fosa.

- 1.2. **Obtención del certificado de defunción de la Secretaría de Salud.** Dependiendo del lugar y tipo de muerte este certificado será expedido por una dependencia de salud (IMSS, ISSSTE) o el médico particular tratante del fallecido o por las autoridades forenses. El Proveedor en convenio, asesorará a los familiares en el proceso a seguir para la obtención de este documento en particular para los casos de muerte natural el proveedor podrá enviar un médico para que certifique el fallecimiento con costo para el propio familiar. En los casos de muerte legal el Proveedor en convenio solo brindará asesoría, dado que es necesaria la presencia de un familiar directo para el reconocimiento del cuerpo y las declaraciones pertinentes.

- 1.3. **Obtención del acta de defunción ante el registro civil.** La agencia funeraria entregará a los familiares del Asegurado el acta previa de defunción y gestionará la boleta de inhumación o cremación.

- 1.4. **Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.** Con base en la modificación del Código Penal, ningún agente del Ministerio Público tiene la capacidad de dispensar una necropsia.

- 1.5. **Notificación a acreedores para liberación de deudas.** Únicamente informa a los familiares los requisitos mínimos que se requieren para la cancelación de

deudas bancarias y cobros de sumas aseguradas.

- 1.6.** En caso de muerte violenta se podrá realizar ante el Ministerio Público y el médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Asegurado y, en su caso, la denuncia o demanda contra el responsable: se otorga únicamente el asesoramiento para la liberación del cuerpo, sin embargo, es necesaria la presencia e intervención de los familiares para este proceso.

2. Para Inhumación:

- 2.1.** Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.
- 2.2.** Recolección del cuerpo.
- 2.3.** Servicio de embalsamado.
- 2.4.** Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación.
- 2.5.** Ataúd metálico.
- 2.6.** Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria.
- 2.7.** Traslado en carroza para inhumación.
- 2.8.** Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- 2.9.** Servicio de tanatología.
- 2.10.** Autobús de acompañamiento.

3. Para Cremación

- 3.1.** Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.

- 3.2.** Recolección del cuerpo.

- 3.3.** Ataúd para velación.

- 3.4.** Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación.

- 3.5.** Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria.

- 3.6.** Servicio de Cremación

- 3.7.** Una urna para cenizas.

- 3.8.** Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.

- 3.9.** Autobús de acompañamiento.

- 3.10.** Servicio de tanatología.

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

XI. 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

XII. 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 éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.</p> <p>Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>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>	Art. 276

<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 ésta no sea líquida en ese momento.</p> <p>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> <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 éste 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>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>Art. 277</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>Art. 492</p>

<p>II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y 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. <p>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.</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen; 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; 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 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>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 éste 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>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:	
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento 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 pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II. Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</p>	Art. 172

<p>IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	
<p>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>	Art. 176
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:	
<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>	Art. 50 Bis
<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>	Art. 65

<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>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.</p> <p>La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;</p> <p>La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;</p> <p>IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p> <p>VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;</p>	<p>Art. 68</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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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> <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, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	
--	--

XIII. 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 06 de febrero de 2019, con el número PPAQ-S0048-0089-2018 / CONDUSEF-001757-01.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono: 01 800 633 9648 para aclaraciones y al 01 800 900 1292 para dudas, o visite axa.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono: (55) 5448 7000 en la CDMX, y del interior de la República al: 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.



Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx