

SEGUROS



Seguro de Vida Protección

Condiciones Generales

Seguro de Vida Protección

Condiciones Generales

Contenido

I. Definiciones	5	V. Cláusulas Generales	15
1. Asegurado(s)	5	1. Designación de Beneficiarios	15
2. Beneficiario(s)	5	2. Pago de la Prima	15
3. Compañía	5	3. Moneda	16
4. Contratante	5	4. Rectificaciones de la Póliza	16
5. Empresa de Servicio	5	5. Disputabilidad	16
6. Enfermedad Preexistente	5	6. Omisiones o inexactas declaraciones	16
7. Extraprima	5	7. Modificaciones y notificaciones	16
8. Periodo de Espera	5	8. Agravación del Riesgo	17
9. Póliza o Contrato de Seguro	5	9. Rehabilitación	17
10. Prima	6	10. Suicidio	17
11. Siniestro	6	11. Edad	18
12. Suma Asegurada	6	12. Pago del seguro	18
		13. Intereses moratorios	18
II. Objeto del seguro	6	14. Régimen fiscal	20
		15. Prescripción	20
III. Descripción de las coberturas	6	16. Competencia	20
1. Cobertura básica por fallecimiento	6	17. Terminación del Contrato de Seguro	21
2. Vigencia	6	18. Intermediación o revelación de comisiones	21
3. Edades de aceptación	6	19. Renovación	21
4. Pruebas de asegurabilidad	6		
5. Descuentos de edad	6	VI. Asistencias	22
6. Entrega de documentación contractual	7	1. Disposiciones previas	22
		2. Servicios de asistencia médica	22
IV. Coberturas adicionales	7	3. Servicio de asistencia legal	23
1. Anticipo por fallecimiento	7	4. Servicios de asistencia funeraria	23
2. Anticipo por enfermedad terminal	8	5. Exclusiones	24
3. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	9	6. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia	25
4. Cobertura adicional por Accidentes	11		
5. Cobertura adicional por gastos funerarios	14		

Seguro de Vida Protección

I. Definiciones

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

1. Asegurado(s).

Persona(s) física(s) sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

2. Beneficiario(s).

Aquella(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento. En caso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica o el anticipo por enfermedad terminal se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Compañía.

Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V.

4. Contratante.

Persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí o para un tercero, y que además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en éste se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado. En caso de que el Contratante sea diferente al Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la Póliza y en su caso, se deberá recabar el consentimiento respectivo.

5. Empresa de Servicio.

Es el grupo de prestadores de servicios médicos y legales que están autorizados para la atención del Asegurado.

6. 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. Se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b. Haya provocado un gasto documentalmente comprobable para su tratamiento.
- 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.

7. Extraprima.

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

8. Periodo de Espera.

Lapso ininterrumpido 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, según sea el caso, para que opere cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

9. Póliza o Contrato de Seguro.

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

10. Prima.

Es el costo del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada y la edad del Asegurado al momento de la celebración del contrato o de la contratación de una cobertura adicional.

11. Siniestro.

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

12. Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas.

II. Objeto del seguro

Seguro de vida mediante el cual en caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada siempre y cuando dicho fallecimiento haya ocurrido dentro del plazo estipulado, mismo que se especifica en la carátula de la Póliza.

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

III. Descripción de las coberturas

1. Cobertura básica por fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurriera el Fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de pago del seguro.

2. Vigencia

La Póliza se mantendrá en vigor durante el periodo comprendido entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de término de vigencia. El plazo de seguro será de 1 a 5 años según se indique en la carátula de la Póliza.

Al final de la vigencia cesarán los efectos de este Contrato de Seguro quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tuviere con él.

3. Edades de aceptación

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

4. Pruebas de asegurabilidad

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

5. Descuentos de edad

Para la cobertura básica y las coberturas adicionales contratadas, la Compañía aplicará el siguiente descuento en la edad:

Para efectos de determinación de Primas a los Asegurados que la Compañía considere como no fumadores de acuerdo con los requisitos de suscripción vigentes al momento de la solicitud del seguro, se les otorgará un descuento de 2 (dos) años con respecto a su edad real.

La edad mínima de contratación, una vez aplicado el descuento otorgado, nunca podrá ser inferior a 18 (dieciocho) años.

6. Entrega de documentación contractual

En los contratos que se celebren con la intervención de una persona moral no agente cuyo cobro de Primas se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, el Asegurado recibirá su documentación contractual a más tardar 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de la contratación del seguro.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente mediante una de las siguientes formas:

- a. A través de correo electrónico proporcionado por el Contratante en la solicitud de seguro.
- b. Enviado al domicilio del Contratante registrado al momento de la contratación del seguro, a través de una empresa de mensajería o correo ordinario.
- c. De manera personal a través de la persona moral no agente.
- d. Por medio del portal de internet de la Compañía que se indica en el párrafo siguiente, en donde el Contratante podrá descargar e imprimir la documentación contractual correspondiente.

En caso de que el Asegurado o Contratante no reciba la documentación mencionada en el primer párrafo, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página de internet <http://www.segurossura.com.mx> o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de internet o llamando al número telefónico 01 4433 10 81 92, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, la documentación de referencia.

En el caso de que la contratación de la póliza se realice en los términos previstos por la presente cláusula, si el Contratante desea cancelar la Póliza, lo podrá hacer llamando al número telefónico indicado en el párrafo anterior, en donde se le proporcionarán las instrucciones precisas para llevar a cabo dicha cancelación.

IV. Coberturas adicionales

1. Anticipo por fallecimiento

(Aplica sólo si así aparece indicado en la carátula de la Póliza y se encuentra vigente al ocurrir el Siniestro).

Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado cubierto continuamente durante al menos 2 (dos) años, la Compañía proporcionará el anticipo de una parte de la Suma Asegurada de la cobertura básica. Este anticipo se pagará a los Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado.

El monto del anticipo será del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada de la cobertura básica con un máximo de 5 (cinco) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo funerario en caso del fallecimiento del Asegurado.

Pruebas

En caso de fallecimiento deberán presentar la siguiente documentación:

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) Identificación oficial y copia respectiva del Asegurado.
- c) Identificación oficial y copia respectiva del Beneficiario.
- d) Carátula de Póliza o endoso (si contaren con éstos documentos) en donde conste su designación como Beneficiario.

Primas

Esta cobertura se otorga sin costo adicional alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, como apoyo a los Beneficiarios, además de que el costo es solventado por la cobertura de fallecimiento.

2. Anticipo por enfermedad terminal

(Aplica sólo si así aparece indicado en la carátula de la Póliza y se encuentra vigente al ocurrir el Siniestro).

Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado cubierto continuamente durante al menos 3 (tres) meses, la Compañía proporcionará el anticipo de una parte de la Suma Asegurada de la cobertura básica. Este anticipo se pagará una vez que el Asegurado acredite que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 (doce) meses. El monto del anticipo será del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada de la cobertura básica con un máximo de 25 (veinticinco) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios o tratamientos médicos.

Pruebas

Entre las pruebas a presentar se incluye un dictamen médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía.

Primas

Esta cobertura se otorga sin costo adicional alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la Suma Asegurada de la cobertura por Fallecimiento, como apoyo al Asegurado de la Compañía, además de que el costo es solventado por la cobertura de Fallecimiento, al ser el beneficio total restante pagadero al Fallecimiento del Asegurado.

Exclusiones

Quedan excluidas las enfermedades terminales originadas por:

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

La Compañía solo podrá rechazar una reclamación por considerar que una enfermedad es preexistente cuando:

1. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

2. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 en su Capítulo 4.5, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar que se nombre a un árbitro independiente

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

3. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

(Aplica sólo si así aparece indicado en la carátula de la Póliza y se encuentra vigente al ocurrir el Siniestro).

a. Exención de pago de Primas por invalidez

Esta cobertura aplica únicamente cuando el Asegurado es también el Contratante.

Se conviene en mantener en vigor la Póliza por la Suma Asegurada de la cobertura básica sin más pago de Prima, a la fecha en que se haya declarado el estado de Invalidez Total y Permanente al Asegurado a causa de una enfermedad o accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

La cobertura básica quedará de este modo vigente, cancelándose las coberturas adicionales en forma automática una vez que se determine procedente esta cobertura, con excepción del anticipo por enfermedad terminal o anticipo por fallecimiento que continuarán vigentes.

b. Pago Adicional por Invalidez

Se conviene en pagar al Asegurado que quede inválido total y permanentemente a causa de una enfermedad o accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en una sola exhibición al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

A fin de determinar el estado de Invalidez, se requerirá que ésta no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que éstos no sean accesibles para el Asegurado y que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez.

Se considera también como causa de Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo, o de un pie y la vista de un ojo. En cualquiera de estos casos no opera el Período de Espera a que se refiere el párrafo anterior.

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

- a.** Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b.** Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarso metatarsiana o arriba de ella.
- c.** Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d.** Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para tener derecho a la indemnización por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañados del dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución de salud o médico con cédula profesional certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez, los cuales serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo a fin de determinar si es procedente o no el pago de la indemnización.

La Compañía tendrá derecho de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas de 18 (dieciocho) a 55 (cincuenta y cinco) años de edad.

Cancelación

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- a. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 60 (sesenta) años. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- b. Al término del plazo de seguro.
- c. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
- d. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas de Accidente que estuvieren contratadas, y dicho Accidente o enfermedad no hubiese afectado esta cobertura.

Prima

La Compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

Exclusiones

Quedan excluidas las coberturas de Invalidez Total y Permanente cuando se deban a:

- a. **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b. **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- c. **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d. **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- e. **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- g. **Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

- h. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j. Radiaciones ionizantes.**
- k. Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares; excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.**
- l. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- m. Enfermedades Preexistentes.**

Para los efectos de la exclusión del inciso m, la Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Invalidez Total y Permanente argumentando que el padecimiento o enfermedad son preexistentes cuando:

1. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

2. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para el caso de que la Compañía determine como improcedente una reclamación por considerar que la Invalidez Total y Permanente se debió a una Enfermedad Preexistente, a elección del Asegurado se podrá resolver la controversia mediante un arbitraje médico independiente.

El procedimiento arbitral se llevará a cabo por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y la Compañía, quienes firmarán un convenio en el que se establecerá el procedimiento arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

4. Cobertura adicional por Accidentes

(Aplica sólo si así aparece indicado en la carátula de la Póliza y se encuentra vigente al ocurrir el Siniestro).

Definición de Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Definición de Pérdida Orgánica

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

- a. Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b. Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación tibiotarso o arriba de ella.
- c. Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d. Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

a. Muerte accidental, Pérdidas Orgánicas o muerte accidental colectiva

La Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza el Asegurado fallece o sufre una Pérdida Orgánica, siempre y cuando esto ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho Accidente. La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se entregará al propio Asegurado.

Además de la indemnización descrita en el párrafo anterior, la Compañía duplicará esa indemnización si el Fallecimiento del Asegurado fuera a consecuencia de un Accidente Colectivo entendiéndose como tal:

- a. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular.
- b. Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c. Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

La indemnización que se otorgará por la Pérdida Orgánica será acorde a la tabla siguiente:

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de la Suma Asegurada (tabla B)
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las Pérdidas Orgánicas amparadas en uno o más Accidentes, se pagarán las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso podrá exceder el importe de la Suma Asegurada convenida.

Comprobación del Accidente o Pérdidas Orgánicas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones que causaron el Fallecimiento o la Pérdida Orgánica sufrida por el Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la Póliza a la que se adiciona esta cobertura y se acredite la ocurrencia del respectivo Accidente.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas de 18 (dieciocho) a 65 (sesenta y cinco) años de edad.

Cancelación

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- a. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 70 (setenta) años. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- b. Al término del plazo de seguro.
- c. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente; en cuyo caso, al momento de pagar la Suma Asegurada por invalidez, se devolverá la Prima neta pagada no devengada, correspondiente a la(s) cobertura(s) de Accidente.
- d. En el momento en que por una o más reclamaciones de Pérdidas Orgánicas, se pague el 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
- e. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas de Accidente o Pérdidas Orgánicas que estuvieren contratadas.

Prima

La Compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

Exclusiones

Quedarán excluidos de las coberturas de Accidentes, la muerte accidental, pérdida orgánica o el accidente colectivo, cuando se deba a:

- a. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b. Infecciones salvo las que provengan de lesiones accidentales.
- c. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
- d. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- e. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- g. Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe activamente el Asegurado.
- h. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de ésta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado

expresamente su cobertura.

- i. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un Accidente cubierto.**
- k. Radiaciones ionizantes.**
- l. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.**
- m. Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de Accidente cubierto.**
- n. Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 (noventa) días naturales después de ocurrido el Accidente.**
- o. Homicidio imprudencial o culposo, a consecuencia directa de la participación activa del Asegurado en actos delictivos.**

5. Cobertura adicional por gastos funerarios

(Aplica sólo si así aparece indicado en la carátula de la Póliza y se encuentra vigente al ocurrir el Siniestro).

a. Gastos funerarios titular, cónyuge e/o hijos

En caso de ocurrir el Fallecimiento del Asegurado, del cónyuge declarado por el Asegurado o de cualquiera de los hijos del Asegurado declarados por el Asegurado, la Compañía pagará al Asegurado (en caso de Fallecimiento del cónyuge o de los hijos asegurados), o a los Beneficiarios designados (en caso de Fallecimiento del Asegurado), la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura. Esta cobertura continuará vigente siempre y cuando el Asegurado sobreviva.

Para efectos de esta cobertura, el Asegurado podrá designar como Asegurados al cónyuge y a sus hijos dependientes económicos de acuerdo a lo siguiente: serán considerados como Asegurados para esta cobertura el Asegurado, su cónyuge e hijos dependientes económicos solteros que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años, siempre que lo haya declarado y así aparezca indicado en la carátula de la Póliza o en el endoso correspondiente. Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha de su nacimiento y continuarán asegurados durante la vigencia de la cobertura mientras éstos sean considerados sus dependientes; de ser el caso, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía los nacimientos ocurridos, dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día del nacimiento. Esta cobertura únicamente estará vigente siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida, en caso contrario esta cobertura se cancelará con la muerte del Asegurado.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos dependientes económicos del Asegurado, la indemnización de esta cobertura se realizará de acuerdo a:

- 1.** Si el fallecimiento del hijo Asegurado ocurre antes de cumplir los 12 (doce) años de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada topada a 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal.
- 2.** En caso de ocurrir el fallecimiento una vez que el hijo Asegurado haya cumplido 12 (doce) años de edad, se pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura es la comprendida de 18 (dieciocho) a 70 (setenta) años de edad. Para hijos dependientes económicos del Asegurado son las comprendidas de 0 (cero) a 24 (veinticuatro) años.

Cancelación

Esta cobertura se cancelará para el Asegurado, cónyuge e hijos en caso de:

1. Fallecimiento del Asegurado.
2. En el aniversario en que la edad cumplida del Asegurado sea de 99 (noventa y nueve) años.
En el caso de los hijos dependientes económicos del Asegurado, para cada hijo, en el aniversario en que la edad cumplida sea de 25 (veinticinco) años.
3. Se efectúe el pago del Siniestro por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
En este caso, se devolverá la Prima neta pagada no devengada de esta cobertura.

Prima

La Compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

V. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

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

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

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

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

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

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la(s) cobertura(s) contratada(s), a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

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

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la fracción de ésta. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado el contrato cesará sus efectos.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o tarjeta

de débito, pago referenciado en bancos, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del Contratante o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

3. Moneda

Todos los pagos realizados por el Contratante y la Compañía serán liquidados en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de efectuarse el pago.

4. Rectificaciones de la Póliza

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

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

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

5. Disputabilidad

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años para el beneficio de fallecimiento y 2 (dos) años para los demás beneficios, desde la fecha de inicio de su vigencia o la de su última rehabilitación. Esto será aplicable en los casos de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo, y de acuerdo a lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 (dos) años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables.

6. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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

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

7. Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

8. Agravación del Riesgo

Este Contrato de Seguro se celebra con base en lo declarado en la solicitud de seguro en lo referente a residencia, ocupación y género de vida del Asegurado en esta Póliza.

Es obligación del Contratante y/o Asegurado notificar por escrito a la Compañía los cambios que sobre los aspectos mencionados en el párrafo anterior, modifiquen esencialmente lo declarado en la solicitud de seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio. La Compañía evaluará si dichos cambios afectan el riesgo pactado y si procede modificará la Prima correspondiente, lo cual se notificará por escrito al Contratante y/o Asegurado.

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

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

9. Rehabilitación

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último recibo de pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales y se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza.

Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato que la Compañía tiene expresamente para este fin.
- b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidos por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

10. Suicidio

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

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o la inclusión de coberturas adicionales.

En caso de haberse cubierto el Anticipo por Enfermedades Terminales dentro del plazo de 2 (dos) años a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante

de la cobertura por Fallecimiento no se cubrirá al(a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

11. Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, la Compañía rescindiré el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

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

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

12. Pago del seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro.

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

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

13. 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, detallado a continuación:

“Artículo 276.- 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:

- 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. 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;
- 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;
- 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;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total

por los siguientes conceptos:

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

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

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

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

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

14. Régimen fiscal

El régimen fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago a los Beneficiarios.

15. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del artículo 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.”

16. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite

el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía de satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

17. 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. Por falta de pago de Primas
- b. Con el pago de la Suma Asegurada por el Fallecimiento del Asegurado.
- c. Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- d. A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- e. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 99 (noventa y nueve) años.

18. Intermediación o 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.

19. Renovación

Esta Póliza se renovará automáticamente y por períodos sucesivos de igual duración.

Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante, comunicada con una anticipación de al menos 30 (treinta) días naturales anteriores a la fecha de término de vigencia de la misma.

La renovación automática se otorgará mientras la suma de la edad cumplida del Asegurado más el plazo del seguro resulte igual o menor de 99 (noventa y nueve) años y sin presentar nuevos requisitos de aseguridad, sujeta a las siguientes condiciones:

- a. **La Suma Asegurada al inicio de cada renovación automática coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el Contratante solicite su modificación al inicio de la renovación automática y en caso de incremento la misma fuera aprobada por la Compañía cumpliendo con los requisitos de aseguridad correspondientes.**
- b. **Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación automática, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación automática.**
- c. **La renovación automática de la Póliza incluirá las coberturas adicionales contratadas mientras la edad alcanzada del Asegurado sea menor a la edad de cancelación establecida para dichas coberturas.**
- d. **En cada renovación automática la Compañía hará constar la Suma Asegurada, fecha de inicio de vigencia de la renovación, fecha de término de vigencia de la renovación, plazo del seguro, plazo de pago de Primas y la Prima correspondiente.**
- e. **La renovación automática siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los siguientes efectos:**
 - i. **Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado.**
 - ii. **Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.**

VI. Asistencias

1. Disposiciones previas

Los servicios de asistencia son proporcionados por la Compañía a través de una Empresa de Servicio y aplican únicamente dentro de la República Mexicana, salvo el caso de repatriación por fallecimiento que aplica a nivel mundial. El Asegurado podrá recibir estos servicios comunicándose al teléfono de la Compañía.

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia a través de la Empresa de Servicio contratada por la Compañía, quienes coordinarán y prestarán los servicios que se describen en este Capítulo. No obstante que dichos servicios de asistencia serán proporcionados por la Empresa de Servicio, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación de la Empresa de Servicio en virtud del presente Contrato de Seguro.

A continuación se describen los servicios que pueden solicitar el Asegurado, su representante o sus familiares.

2. Servicios de asistencia médica

a. Traslado médico terrestre en ambulancia

Si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de la Empresa de Servicio, en contacto con el médico que los atienda, recomiende su hospitalización, la Empresa de Servicio organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica. Evento anual, sin costo para el usuario. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos, con precios preferenciales.

Quedan excluidos los casos por:

1. **Traslados en caso de enfermedades mentales.**
2. **Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentre en estado agresivo o no deseen ser trasladados.**

b. Médico a domicilio

La Empresa de Servicio organizará y cubrirá el costo del traslado de un médico general al domicilio del Asegurado cuando éste no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en el domicilio del Asegurado por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias. Este servicio de médico a domicilio sólo incluye la coordinación del médico para que atienda la visita a domicilio así como el costo de su traslado al domicilio del Asegurado, por lo que el costo de los honorarios del médico correspondientes a la consulta, deberán ser cubiertos directamente por el Asegurado. Este servicio se coordinará sin límite de eventos con un costo preferencial para el Asegurado.

El costo de la consulta pactada no incluye la aplicación de medicamentos o cualquier otro tipo de procedimientos como colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones o curaciones.

Quedan excluidos los casos donde:

1. **El Asegurado se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.**
2. **El médico de la Empresa de Servicio determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato a ser atendido en domicilio.**
3. **Se solicite un médico especialista a domicilio.**

c. Orientación médica telefónica

El equipo médico de la Empresa de Servicio orientará telefónicamente al Asegurado, a su cónyuge e hijos sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, sin emitir un diagnóstico e interpretación de resultados de laboratorio. A solicitud del Asegurado, la Empresa de Servicio organizará el traslado de un médico al domicilio del Asegurado o la concertación de una cita en consultorio, a efecto de que el Asegurado pueda obtener un diagnóstico. Este servicio de médico a domicilio sólo incluye la coordinación del médico para que atienda la visita a domicilio así como el costo de su traslado al domicilio del Asegurado, por lo que el costo de los honorarios del médico correspondientes a la consulta a domicilio o en el consultorio, deberán ser cubiertos directamente por el Asegurado, teniendo un costo preferencial.

d. Referencias médicas

A solicitud del Asegurado, la Empresa de Servicio proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de atención de las clínicas, hospitales, laboratorios, doctores generales o de especialidad, que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación.

e. Descuentos médicos

En caso de que el Asegurado requiera de un servicio médico a precio preferencial, la Empresa de Servicio proporcionará información telefónica que maneja con su red de proveedores sobre descuentos desde el 5% (cinco por ciento) hasta el 50% (cincuenta por ciento), dependiendo del producto, como son:

1. Descuento en laboratorio clínico.
2. Descuento en ópticas.
3. Descuentos en farmacia.
4. Estudios de gabinete.
5. Descuento en ambulancias.
6. Descuento en tratamiento odontológico general.
7. Descuento en clínicas y hospitales.
8. Descuento en aparatos ortopédicos y auditivos.

3. Servicio de asistencia legal

a. Asistencia legal telefónica

La Empresa de Servicio orientará telefónicamente al Asegurado o a sus familiares en cualquier rama del derecho, sin límite de eventos y sin costo.

4. Servicios de asistencia funeraria

a. Asistencia legal funeraria telefónica

La Empresa de Servicio asesorará a los familiares del Asegurado sobre los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado.

b. Asistencia legal funeraria

La Empresa de Servicio enviará a un abogado para asesorar y ayudar a los familiares del Asegurado a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado, tales como:

1. Asistencia para obtener el certificado de defunción de la Secretaría de Salud.
2. Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
3. Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
4. Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
5. Notificación a acreedores para la liberación de deudas.
6. En caso de muerte violenta y a petición de los familiares, se realizará ante el Ministerio Público y el médico forense, los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Asegurado, y en su caso, la demanda inicial en contra del responsable.

c. Asistencia para gastos funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Servicio realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales, y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos al entierro de los restos en el lugar donde se haya efectuado el deceso. La Empresa de Servicio cubrirá dichos

servicios por un monto máximo de cobertura de hasta \$20,000 (veinte mil pesos 00/100 M.N.). Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del Asegurado en pago por anticipado a la Empresa de Servicio. La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del Asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto. Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red de la Empresa de Servicio con los que cuenta la compañía a nivel nacional. Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del estado.

Se brindará el servicio funerario en caso de fallecimiento que incluye:

1. Traslado a la agencia funeraria.
2. Estética y embalsamado.
3. Sala de velación por 24 (veinticuatro) horas o instalación de capilla en domicilio.
4. Carroza fúnebre.
5. Autobús de acompañamiento.
6. Ataúd metálico.
7. Cremación y urna para cenizas.
8. Red de descuentos con agencias funerarias.
9. Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café, y esquelas.

d. Repatriación por fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado en cualquier parte del mundo fuera de su residencia permanente, la Empresa de Servicio se encargará del traslado de cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación o cremación en la localidad de residencia permanente del Asegurado; o a petición del representante del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, cubriendo los gastos hasta por el equivalente al traslado. Este servicio de asistencia incluye los trámites legales.

La Empresa de Servicio cubrirá dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta \$80,000 (ochenta mil pesos 00/100 M.N.).

5. Exclusiones

- a. **Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por el Asegurado en contra de la prescripción médica o durante viajes de duración superior a 60 (sesenta) días naturales no da derecho a los servicios de asistencia.**
- b. **El Asegurado o sus familiares no tendrán derecho a pagos por parte de la Empresa de Servicio.**
- c. **Cuando la necesidad de asistencia se derive de alguna acción intencional del Asegurado o sus familiares.**
- d. **Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a la Empresa de Servicios atender debidamente el asunto.**
- e. **Cuando el Asegurado o sus familiares no se identifiquen como tales.**
- f. **Cuando el Asegurado o sus familiares incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este apartado de asistencias.**
- g. **También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia de:**
 1. **Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 2. **Autolesiones o participación del Asegurado o sus familiares en actos delictuosos intencionales.**
 3. **La participación del Asegurado o sus familiares en combates, salvo en caso de defensa propia.**

4. La práctica del Asegurado o sus familiares en deportes como profesional, así como su participación en competencias oficiales y en exhibiciones.
5. La participación del Asegurado o sus familiares en cualquier clase de carreras, competencias o exhibiciones relacionadas con el automovilismo.
6. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
7. La participación del Asegurado o sus familiares en carreras de caballos, de bicicletas, de automóviles y en cualquier clase de carreras o exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.
8. Enfermedades mentales o alienación.
9. Cualquier Enfermedad Preexistente, crónica o recurrente.
10. Embarazos, en los últimos 3 (tres) meses antes de la fecha probable de parto, así como éste último y los exámenes prenatales.
11. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
12. Trasplante y/o traslado de órganos o miembros de cualquier tipo.
13. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
14. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

6. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia

- a. Para recibir los servicios de asistencia se deberán comunicar al teléfono de la Compañía.
- b. Dar su nombre completo y número de Póliza.
- c. Indicar a la Empresa de Servicio el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo pueden contactar a él o a su representante.
- d. Dar una descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.

En caso de no seguir con el procedimiento descrito o negar el acceso a la historia clínica se perderán los beneficios de estos servicios de asistencia.

Anexo artículos citados

Ley sobre el Contrato de Seguro	
Artículo 8	"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."
Artículo 9	"Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."
Artículo 10	"Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."
Artículo 25	"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones."
Artículo 37	"En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda."
Artículo 40	"Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento."
Artículo 47	"Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro."
Artículo 52	"El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía en lo sucesivo."
Artículo 66	"Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa."
Artículo 69	"La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."
Artículo 70	"Las obligaciones de la empresa aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."
Artículo 71	"El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación."
Artículo 76	"Cuando el Contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento."

Artículo 81	"Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En 2 (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."
Artículo 172	"Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: 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; 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; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y 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. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato."
Artículo 176	"El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo 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."
Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	
Artículo 276	"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: 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."

Artículo 276	<p>Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;</p> <p>V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;</p> <p>VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</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. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal.
--------------	--

Artículo 276	<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>
Artículo 277	<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>

Ley de Protección y de Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50Bis	<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> <ol style="list-style-type: none">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;II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;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, yV. 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>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar."</p>
Artículo 65	<p>"Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta ley, de la Institución Financiera que corresponda."</p>
Artículo 68	<p>"La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none">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. 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. 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.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;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; 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."

Atención a clientes de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas en oficinas SURA cuyas direcciones se pueden consultar en www.vida.suramexico.com o en el Centro de Atención Telefónica: 5723 7999 o 01 800 723 7900, lada sin costo, en un horario de lunes a jueves de 8:30 a 19:00 horas y viernes de 8:30 a 18:00 horas.

Para dudas, observaciones o comentarios dirigirse al correo electrónico atencionalclienteseguros@suramexico.com; para cualquier tema sobre siniestros dirigirse al correo electrónico siniestros@suramexico.com

La Unidad de Atención Especializada a Clientes para la atención de consultas y reclamaciones está ubicada en Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Col. Altavista, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México; con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. Teléfono: 57 23 79 99 o del interior de la República 01 800 723 79 00, lada sin costo. Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, C.P 03100, México, Ciudad de México; Teléfonos: 55 5340 0999 y 01 800 999 80 80. Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Página web: www.gob.mx/condusef

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 18 de noviembre de 2015, con el número CNSF-S0095-0431-2015/ CONDUSEF-000432-02; y a partir del día 11 de agosto de 2016, con el número RESP-S0095-0212-2016.

Centro de atención telefónica:
5723 7999 | 01 800 723 7900

www.vida.suramexico.com



Seguros de Vida SURA México, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos 2448 Col. Altavista, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México
Tel. 5723 7999 - 01 800 723 7900

SE-VI-135/1118