

SEGUROS



Libera

Condiciones
Generales

Condiciones Generales

Libera

I. Definiciones	3	VI. Cláusulas generales	10
1. Asegurado	3	1. Designación de Beneficiarios	10
2. Beneficiario	3	2. Pago de la Prima	10
3. Compañía	3	3. Moneda	10
4. Contratante	3	4. Rectificaciones de la Póliza	10
5. Costo del Seguro	3	5. Disputabilidad	11
6. Recargo Fijo	3	6. Omisiones o inexactas declaraciones	11
7. Fondo de la Póliza	3	7. Modificaciones y notificaciones	11
8. Mes Póliza	3	8. Agravación del Riesgo	11
9. Pruebas de Asegurabilidad	3	9. Rehabilitación	12
10. Póliza o Contrato de Seguro	4	10. Suicidio	12
11. Prima	4	11. Edad	13
a. Prima Mínima Inicial	4	12. Pago del seguro	13
b. Prima Complementaria Inicial	4	13. Intereses moratorios	14
c. Prima Total Inicial	4	14. Régimen fiscal	15
d. Prima Adicional	4	15. Prescripción	15
12. Siniestro	4	16. Competencia	16
13. Suma Asegurada	4	17. Terminación del Contrato de Seguro	16
II. Objeto del seguro	4	18. Intermediación o revelación de comisiones	16
III. Descripción de las coberturas	5	19. Entrega de documentación contractual	16
1. Cobertura básica	5		
2. Edades de aceptación	5		
3. Descuento en la edad	5		
4. Prima de la cobertura	5		
IV. Beneficios incluidos	6		
1. Anticipo por fallecimiento	6		
2. Anticipo por enfermedad terminal	6		
V. Procedimientos	8		
1. Vigencia	8		
2. Plazo del seguro	8		
3. Extensión del plazo del seguro	8		
4. Retiros parciales	8		
5. Valor de rescate o valor en efectivo	9		
6. Rendimientos del Fondo de la Póliza	9		
7. Esquema de inversión	9		
8. Estados de Cuenta	9		

Condiciones Generales

Libera

I. Definiciones

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

1. Asegurado

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

2. Beneficiario

Aquella(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por los beneficios contratados. En caso de proceder la indemnización del Beneficio por Supervivencia y/o el Anticipo por Enfermedad Terminal se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Compañía

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

4. Contratante

Persona física que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí 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, el Contratante y el Asegurado son la misma persona.

5. Costo del Seguro

Comprende el costo de mortalidad que corresponde a las coberturas contratadas así como el Recargo Fijo mensual, determinados de acuerdo a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Costo del Seguro para cada periodo mensual se deducirá del Fondo de la Póliza el primer día de cada Mes Póliza.

6. Recargo Fijo

Comprende el costo inherente a la operación y contratación del seguro.

7. Fondo de la Póliza

Se constituye con la aportación de la Prima Total Inicial que se ingresa a la Póliza; su valor se actualiza con todos los movimientos de la póliza relativos a la acreditación de rendimientos, la deducción del Costo del Seguro y en su caso la aplicación de retiros a solicitud del Asegurado y/o la Prima Adicional que se aporte a la Póliza.

8. Mes Póliza

Cada período mensual contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

9. 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.

10. Póliza o Contrato de Seguro

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

11. Prima

Corresponde a toda cantidad de dinero ingresada como pago del seguro a la Póliza contratada, o bien para incremento en cualquier momento de su plan de ahorro.

a. Prima Mínima Inicial

Es el monto mínimo del primer pago de Prima, determinado por la Compañía, que se solicita al Contratante y que se necesita aportar al momento de contratar este seguro.

b. Prima Complementaria Inicial

Es la prima adicional a la Prima Mínima Inicial que puede efectuar el Contratante al momento de contratar el seguro.

c. Prima Total Inicial

Es la suma de la Prima Mínima Inicial y la Prima Complementaria Inicial.

d. Prima Adicional

Todo monto que se ingrese después de la Prima Total Inicial será considerado como Prima Adicional.

12. Siniestro

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

13. 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 con componente de inversión mediante el cual la Compañía pagará al Beneficiario o al propio Asegurado, según corresponda, el beneficio por fallecimiento o por supervivencia, en el plazo de seguro descrito en la carátula de la Póliza.

III. Descripción de las coberturas

1. Cobertura básica

Beneficio por fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza más el Fondo de la Póliza en una sola exhibición conforme a la cláusula de pago del seguro.

Beneficio por supervivencia

En caso de supervivencia del Asegurado al concluir el plazo del seguro estipulado en la carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado la cantidad acumulada en el Fondo de la Póliza al día de la solicitud de pago en una sola exhibición, concluyendo así toda responsabilidad para la Compañía, atendiendo a lo dispuesto en la cláusula de régimen fiscal.

Artículo 93. Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR).

"No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:

I... XX

XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo. Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del asegurado, no se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el asegurado.

... "

Las disposiciones fiscales anteriores se ajustarán de acuerdo a los cambios que se puedan presentar en la LISR y su reglamento respectivo.

2. Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para esta cobertura son con base en el plazo del seguro y son:

- a. Para el temporal a 5 años: las comprendidas de 55 (cincuenta y cinco) años de edad a 90 (noventa) años de edad.
- b. Para el plazo a edad alcanzada 60 años: las comprendidas de 18 (dieciocho) años de edad a 54 (cincuenta y cuatro) años con 11 (once) meses de edad.

3. Descuento en la edad

Para la cobertura básica, 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.

4. Prima de la cobertura

La Prima de la cobertura básica se determinará considerando la edad real del Asegurado menos el descuento en la edad por ser no fumador si es el caso, la Suma Asegurada contratada y el plazo del seguro, esta Prima estará contenida en la Prima Mínima Inicial del seguro.

IV. Beneficios incluidos

1. Anticipo por fallecimiento

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 35,000 (treinta y cinco mil) UDI's, y se ofrece para solventar de manera ágil el costo funerario en caso de fallecimiento del Asegurado.

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

Pruebas

En caso de fallecimiento del Asegurado deberán presentar la siguiente documentación:

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

No obstante lo anterior, la Compañía podrá solicitar información o documentación adicional relacionada con el Siniestro que le permita conocer la circunstancia de su realización y sus consecuencias.

Prima de la cobertura

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 Beneficiario, además de que el costo es solventado por la cobertura de fallecimiento.

2. Anticipo por enfermedad terminal

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, es decir, progresiva e incurable y que se determine un pronóstico de vida no mayor a 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 120,000 (ciento veinte mil) UDI's, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios o tratamientos médicos.

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar solo una Enfermedad Terminal por única ocasión.

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. Esta condición deberá ser documentada y dictaminada por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.

No obstante lo anterior, la Compañía podrá solicitar información o documentación adicional relacionada con el Siniestro que le permita conocer la circunstancia de su realización y sus consecuencias.

Prima de la cobertura

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.

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.

V. Procedimientos

1. Vigencia

La Póliza se mantendrá en vigor por el plazo definido mediante la fecha de inicio de vigencia y fecha de término de vigencia estipuladas en la carátula de la Póliza, siempre que el Fondo de la Póliza sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.

En caso de aplicar la extensión del plazo del seguro, la fecha de término de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza se entenderá reconvenida y la Póliza se mantendrá en vigor mientras el Fondo de la Póliza sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.

Se entenderá que el Fondo de la Póliza es suficiente para cubrir el Costo del Seguro siempre que al primer día de cada Mes Póliza la suma del saldo del Fondo de la Póliza del día inmediato anterior más en su caso la Prima pagada del día, sea superior al importe del Costo del Seguro correspondiente al mes de cálculo.

Si el Fondo de la Póliza no es suficiente de acuerdo a la definición anterior, se dará aviso al Asegurado para que efectúe el pago de Prima, indicándole el importe necesario para mantener su Póliza en vigor por un año y dispondrá de un plazo de 30 (treinta) días naturales para realizar el pago respectivo contados desde el primer día del Mes Póliza en que no hubo saldo suficiente para cobrar el Costo del Seguro; en caso de que no se efectúe el pago de Prima o el importe de ésta sea inferior a un doceavo de la cantidad indicada, la Póliza terminará su vigencia a las 12:00 horas del último día correspondiente al plazo de pago mencionado.

Al terminar la vigencia de la Póliza y considerando lo descrito en la cláusula Terminación del Contrato de Seguro, cesarán los efectos de este Contrato de Seguro quedando concluida a partir de esa fecha toda responsabilidad que la Compañía tuviere respecto al mismo.

2. Plazo del seguro

El plazo del seguro será el que se especifique en la carátula de la Póliza de entre los siguientes:

- a. Temporal a 5 años.
- b. A edad alcanzada 60 años.

Una vez concluido el plazo del seguro, el Asegurado podrá continuar con la Póliza de acuerdo a lo descrito en la cláusula Extensión del plazo del seguro.

3. Extensión del plazo del seguro

Si el Asegurado se mantiene con vida al concluir el plazo del seguro estipulado en la carátula de Póliza y no se ha hecho efectivo el beneficio por supervivencia o cancelado el seguro, el plazo del seguro se extenderá automáticamente y se otorgará protección al Asegurado bajo los mismos términos contratados y mientras no se ejerza el beneficio por supervivencia.

A partir de que aplique la extensión del plazo del seguro, el beneficio por supervivencia podrá hacerse efectivo en cualquier momento. Con el pago del beneficio por supervivencia concluirá la vigencia de la póliza y toda responsabilidad de la Compañía.

La extensión del plazo del seguro será como máximo hasta los 99 años cumplidos del Asegurado y se sujetará a lo indicado en la cláusula de vigencia.

4. Retiros parciales

Durante la vigencia de la Póliza se podrán hacer retiros parciales del Fondo de la Póliza mediante solicitud del Asegurado y podrán ser realizados por cualquier medio válido habilitado por la Compañía para este efecto, con un monto mínimo de retiro y un costo, los cuales podrán variar de acuerdo a las políticas que establezca la Compañía previo aviso al Asegurado. El monto del retiro parcial será deducido del Fondo de la Póliza.

Por cada aportación de Prima el Asegurado podrá realizar retiros parciales del Fondo de la Póliza una vez que transcurran 12 (doce) meses de efectuada esa aportación.

El retiro parcial podrá ser por cualquier monto que no exceda el valor de rescate con que se cuente en dicho momento atendiendo a lo dispuesto en la cláusula de régimen fiscal. El retiro parcial estará sujeto a los días y horarios de operación del esquema de inversión.

5. Valor de rescate o valor en efectivo

El Asegurado podrá rescatar su Póliza dentro de la vigencia del seguro transcurrido el plazo de 30 (treinta) días naturales después de la última aportación de Prima que haya efectuado solicitándolo por escrito. El rescate consistirá en el pago del saldo del Fondo de la Póliza acumulado a la fecha de la solicitud de rescate menos el importe correspondiente al cargo por rescate.

El importe del cargo por rescate se calculará multiplicando el pago de cada Prima por el porcentaje de cargo por rescate que corresponda al año póliza de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El rescate de la Póliza trae por consecuencia la cancelación automática del Contrato de Seguro.

6. Rendimientos del Fondo de la Póliza

La Compañía invertirá el Fondo de la Póliza atendiendo a la normatividad vigente en materia de seguros en apego a las disposiciones legales y administrativas aplicables.

El Asegurado indicará dentro de las opciones disponibles el esquema de inversión al que deberá canalizarse el Fondo de la Póliza asociado a su seguro. Los rendimientos que, en su caso, se generen, se acreditarán de acuerdo al esquema de inversión que elija el Asegurado.

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado por los medios que habilite para tal efecto, los días y horarios de operación de los esquemas de inversión.

En función del comportamiento de los mercados financieros y con la finalidad de proteger los intereses del Asegurado, la Compañía podrá suspender o cancelar cualquiera de los esquemas de inversión, dando aviso al Asegurado por los medios que habilite para tal efecto, solicitando al Asegurado elija un esquema de inversión de entre los disponibles; de no realizar la elección referida, la Compañía asignará, sin responsabilidad alguna, el Fondo de la Póliza en un esquema de inversión que defina para tal fin dando aviso al Asegurado y ofreciéndole realizar el movimiento de forma posterior para que elija un esquema de inversión de entre las opciones disponibles. La Compañía podrá ofrecer en cualquier momento al Asegurado nuevos esquemas de inversión, informándole a través de los medios que habilite para tal efecto. Dada la naturaleza de los instrumentos en los que se invertirá el Fondo de la Póliza, la Compañía no garantiza al Asegurado la obtención de rendimiento o interés alguno. El Fondo de la Póliza puede presentar plusvalías o minusvalías, que se materializarán como ganancias o pérdidas, respectivamente, en el momento en el que el Asegurado realice un retiro parcial o total del Fondo de la Póliza.

7. Esquema de inversión

Comprende la alternativa de inversión elegida por el Asegurado para su Póliza. Con la elección del esquema de inversión por parte del Asegurado, la Compañía administrará el Fondo de la Póliza a través de los fondos o instrumentos de inversión que conforman el portafolio del esquema de inversión elegido, atendiendo la composición porcentual establecida para dichos fondos dentro del portafolio; por lo anterior el Fondo de la Póliza corresponderá a la suma de los fondos en el portafolio que competen a la Póliza. La Aseguradora podrá, discrecionalmente, sustituir total o parcialmente los fondos o instrumentos de inversión que componen los portafolios del esquema de inversión.

8. Estados de Cuenta

Trimestralmente, la Compañía pondrá a disposición del Asegurado el estado de cuenta de la Póliza por el medio que para tal efecto designe el Asegurado dentro de las opciones disponibles, incluyendo los saldos y movimientos realizados a su Póliza en el periodo precedente.

VI. 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

La Compañía proporcionará al Contratante el importe de la Prima Mínima Inicial que deberá cubrir para la contratación del seguro.

El Contratante podrá pagar el importe de la Prima Mínima Inicial, y en su caso incluir la Prima Complementaria Inicial.

La Prima Mínima Inicial vencerá al inicio del periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima Mínima Inicial. 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.

Posterior al primer pago, en cualquier momento el Asegurado podrá efectuar pagos de Prima adicional por el importe y con la frecuencia que desee.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante 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).

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

9. Rehabilitación

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por ser insuficiente el Fondo de la Póliza para cubrir el Costo del Seguro en un período mensual, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre que la solicitud de rehabilitación se efectúe dentro de los 60 (sesenta) días que sigan al cese del seguro.

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 del Fondo de la Póliza que corresponda, acumulado al día de la solicitud de pago.

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 Enfermedad Terminal 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 rescindirá el Contrato de Seguro y únicamente devolverá el Fondo de la Póliza menos el gasto de adquisición no recuperado en el que se incurra a la fecha de rescisión.

Si la edad real 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 Beneficiarios 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.

Los pagos que resulten procedentes se realizarán de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de la Póliza a la fecha de la ocurrencia del Siniestro.

En caso de no proceder el pago de la Suma Asegurada, la Compañía dará a conocer al Beneficiario por escrito las razones de esta situación una vez que reciba toda la información que le permita conocer las circunstancias del Siniestro. El saldo del Fondo de la Póliza se podrá a su disposición.

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 o al Asegurado.

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 para la Atención de Consultas y Reclamaciones (UEAP) 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. Cuando el Fondo de la Póliza no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro, finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo establecido para el pago de la Prima, en cuyo caso la Compañía no se obliga a notificar al Asegurado de la cancelación del Contrato de Seguro.
- b. Con el pago de la Suma Asegurada más el Fondo de la Póliza acumulado, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- c. Con el pago del beneficio por supervivencia.
- d. Con el rescate de la Póliza, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación.
- e. En el aniversario de la Póliza en 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. Entrega de documentación contractual

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al Contratante en papel impreso, salvo previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante para su entrega en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea.

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 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	<p>"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.</p> <p>Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."</p>
Artículo 84	<p>"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."</p>
Artículo 172	<p>"Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato."</p>
Artículo 176	<p>"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."</p>

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 276	<p>"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. <p>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>Artículo 276</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.</p> <p>Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</p> <p>VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;</p> <p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p>
----------------------------	--

<p>Artículo 276</p>	<p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p> <p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."</p>
<p>Artículo 277</p>	<p>"En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p> <p>Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.</p> <p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo."</p>

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.IBis. 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."

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Artículo 93	<p>"No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:</p> <p>I...XX</p> <p>XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los Asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las Pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo. Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del Asegurado, no se pagará el impuestos sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus Asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el Asegurado llegue a la edad de 60 años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la Prima sea pagada por el Asegurado.</p> <p>Las disposiciones fiscales anteriores se ajustarán de acuerdo a los cambios que se puedan presentar en la LISR y su reglamento respectivo.</p> <p>..."</p>
--------------------	---

Atención a clientes de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 y viernes de 8:30 a 14:30 horas en oficinas SURA cuyas direcciones se pueden consultar en www.segurossura.com.mx o en el Centro de Atención Telefónica: 55 5723 7999 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@segurossura.com.mx; para cualquier tema sobre siniestros dirigirse al correo electrónico siniestrosvida@segurossura.com.mx

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Colonia Altavista, Alcaldía 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: 55 5723 7999, extensión 2031.

Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Página web: www.segurossura.com.mx

Así mismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P 03100, Ciudad de México. Teléfonos: 55 5340 0999 u 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 6 de enero de 2017, con el número CNSF-S0095-0849-2016 / CONDUSEF-000446-04 y a partir del 03 de marzo de 2021 con el número RESP-S0010-0011-2021.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos, 2448, Col Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón,
C.P. 01060, Ciudad de México.