



Objetivo Seguro

Condiciones Generales

Objetivo Seguro

Condiciones Generales

Contenido

I. Definiciones	5	IV. Coberturas adicionales	8
1. Asegurado(s)	5	1. Anticipo por enfermedad terminal o fallecimiento	8
2. Beneficiario(s)	5	2. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	10
3. Compañía	5	3. Cobertura adicional por Accidentes	13
4. Contratante	5	4. Cobertura adicional por gastos funerarios	16
5. Enfermedad Preexistente	5		
6. Extraprima	5	V. Cláusulas generales	16
7. Periodo de Espera	5	1. Designación de Beneficiarios	16
8. Póliza o Contrato de Seguro	6	2. Pago de la Prima	17
9. Prima	6	3. Moneda	17
10. Siniestro	6	4. Corrección del Contrato de Seguro	18
11. Suma Asegurada	6	5. Disputabilidad	18
12. Valores Garantizados	6	6. Omisiones o inexactas declaraciones	18
		7. Notificaciones	18
II. Objeto del seguro	6	8. Agravación del Riesgo	19
		9. Rehabilitación	19
III. Descripción del seguro	6	10. Suicidio	20
1. Cobertura básica por fallecimiento o supervivencia	6	11. Verificación de edad	20
2. Vigencia	6	12. Pago del seguro	21
3. Edades de aceptación	7	13. Intereses moratorios	21
4. Funcionamiento de los Valores Garantizados	7	14. Régimen fiscal	22
5. Pruebas de asegurabilidad	8	15. Prescripción	22
6. Descuentos de edad	8	16. Competencia	23
7. Entrega de documentación contractual	8	17. Terminación del Contrato de Seguro	23
		18. Intermediación o revelación de comisiones	23
		VI. Registro	29

Objetivo Seguro

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 supervivencia, Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica o el anticipo por enfermedades terminales se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Compañía

Seguros SURA, 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.

El Contratante es la única persona que puede hacer uso de los derechos que otorga la cláusula de Valores Garantizados.

5. 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.

6. Extraprima

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

7. 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.

8. 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.

9. Prima

Es el costo anual 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.

10. Siniestro

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

11. 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.

12. Valores Garantizados

Son los derechos que tiene el Contratante sobre la cobertura básica en caso de no continuar con el pago de la Prima y/o cancelar la Póliza; siendo los Valores Garantizados: el Valor en Efectivo o Rescate, el Seguro Saldado o el Seguro Prorrogado.

II. Objeto del seguro

Seguro de vida que en caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada. En caso de supervivencia del Asegurado, se pagará a éste la Suma Asegurada al final del plazo del seguro. El plazo de seguro 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 del seguro

1. Cobertura básica por fallecimiento o supervivencia

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.

Si el Asegurado llegara con vida al término del plazo de seguro, la Suma Asegurada de esta cobertura (supervivencia) se pondrá a su disposición y la Póliza quedará cancelada terminando así toda obligación por parte de la Compañía.

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 10 o 15 años según se indique en la carátula de la Póliza.

Al final de la vigencia cesarán los efectos de este Contrato de Seguro, entregándose al Contratante la Suma Asegurada y quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tuviere con él.

En cuanto el Contratante Rescate la Póliza, ésta se dará por terminada sin obligación posterior para la Compañía.

3. Edades de aceptación

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

4. Funcionamiento de los Valores Garantizados

El monto de estos valores se encuentra estipulado en la tabla de Valores Garantizados que acompaña a la Póliza del presente Contrato de Seguro. El Contratante tendrá derecho a elegir uno de los Valores Garantizados que más adelante se describen en esta cláusula, una vez que haya cubierto el número de años y las Primas anuales pagadas estipulados en la tabla de Valores Garantizados.

Los valores presentados en la tabla de Valores Garantizados representan el valor al que el Contratante tiene derecho sobre la cobertura básica al final del año póliza en curso. En caso de solicitar un Valor Garantizado antes de cumplirse el aniversario de la Póliza, los valores que se muestran en la tabla se ajustarán a efecto de reflejar la protección devengada y los intereses ganados por el periodo transcurrido desde el último aniversario. En particular en el caso del Valor en Efectivo o Rescate, se descontará del valor terminal el interés correspondiente al tiempo que falte para llegar al aniversario de acuerdo a los procedimientos técnicos establecidos en la nota técnica del producto.

Si en adición a lo anterior, el Contratante se encuentra pagando la Prima en exhibiciones parciales y no se ha completado el pago de la Prima anual del año en curso, el valor de la tabla mencionada se ajustará proporcionalmente al tiempo pagado del año en curso; dicho cálculo se realizará considerando el Valor de Rescate del año póliza anterior más la proporción de Prima de riesgo pagada como el valor inicial del año y el Valor de Rescate del año póliza en curso como el valor final para efecto de obtener el Valor Garantizado proporcional.

En caso de solicitar un Valor Garantizado, el Contratante deberá hacerlo por escrito señalando una de las siguientes opciones:

a. Valor en Efectivo o Rescate

El Contratante podrá obtener como Valor en Efectivo o Rescate de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondiente, de acuerdo con su edad de ingreso al seguro, Suma Asegurada, número de años transcurridos y pagados en los que la Póliza haya estado en vigor. Al hacer uso del Valor en Efectivo o Rescate, el seguro quedará cancelado.

b. Seguro Saldado

La Compañía reducirá la Suma Asegurada, de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas y cancelando las coberturas adicionales contratadas; por lo que al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, o al final del periodo en caso de supervivencia, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

c. Seguro Prorrogado

El Contratante mantiene el seguro en vigor sin más pago de Primas por la Suma Asegurada alcanzada a la fecha de conversión, durante el periodo que marca la tabla de Valores Garantizados respectiva, conservando la cobertura por fallecimiento al Asegurado y cancelando las coberturas adicionales contratadas. Si en la tabla de Valores Garantizados aparece alguna cantidad en efectivo al vencimiento, ésta será pagada al propio Contratante en caso de Supervivencia del Asegurado al final del periodo del Seguro Prorrogado.

En caso de que el Contratante haya optado por un Seguro Saldado o Seguro Prorrogado y solicite la terminación anticipada del seguro, podrá obtener como Valor en Efectivo el 100% (cien por ciento) de la reserva matemática que corresponda.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre el uso de los Valores Garantizados.

Si en la fecha de solicitud del Valor Garantizado que se elija, la Póliza se encuentra gravada con algún adeudo éste deberá ser liquidado en su totalidad, o bien, se reducirá la cantidad adeudada al importe a que tenga derecho el Contratante.

5. 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.

6. 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.

7. 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.suramexico.com> o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de internet o llamando al número telefónico 55 5723 7999, 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 enfermedad terminal o fallecimiento

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

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 una vez que el Asegurado acredite que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 (doce) meses; o bien, se pagará el anticipo 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 50 (cincuenta) 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, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratada esta cobertura.

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. En caso de fallecimiento deberán presentar certificado de defunción del Asegurado, identificación oficial del Asegurado y Beneficiario y carátula de Póliza o endoso (si contaren con éstos últimos dos documentos) en dónde 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 familiares y Asegurados 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 durante 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 la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

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 expediente 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. 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.

2. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

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

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 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 Permanentemente, 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 fallecimiento que continuará vigente.

b. Pago adicional por Invalidez

Se conviene en pagar al Asegurado que quede invalido 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 Permanentemente, 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.

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 tibiotarariana 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, acompañadas de todas las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

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.

A efecto de comprobar el estado de invalidez, el Asegurado deberá además de lo señalado anteriormente, presentar a la Compañía el dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución de salud o médico con cédula profesional certificados y especialistas 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.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 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 indemnice al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
- d. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido la indemnización 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 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 la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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 expediente 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.

3. Cobertura adicional por Accidentes

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

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 tibiotarariana 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

La Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza el Asegurado fallece, siempre y cuando esto ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho Accidente.

b. 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 durante 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 encontrará 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
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%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

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 entre 18 (dieciocho) y 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 indemnice 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.
 - a. 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.
 - b. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido la indemnización 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.

4. Cobertura adicional por gastos funerarios

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

a. Gastos funerarios

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, del cónyuge o concubino 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 concubino 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 o concubino y a sus hijos dependientes económicos de acuerdo a lo siguiente: serán considerados como Asegurados para esta cobertura el Asegurado, su cónyuge o concubino 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.

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 siguientes a la fecha del evento. 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 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 Distinto 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 estas coberturas son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años de edad. Para dependientes económicos del Asegurado son las comprendidas entre 0 (cero) a 24 (veinticuatro) años.

Cancelación

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

1. Fallecimiento del Asegurado.
2. Que el Asegurado alcance la edad de 90 (noventa) años.
3. Indemnización por 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 cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Dólares de los Estados Unidos de América o Unidades de Inversión (UDI), de acuerdo a lo especificado en la carátula de la Póliza.

El pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso corresponda, serán liquidadas en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de efectuarse el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni en Prima.

Dólares de los Estados Unidos de América

Las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán con la entrega del equivalente en Moneda Nacional calculados a la fecha en que se efectúe el pago, tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes.

Unidades de Inversión (UDI)

El valor de la UDI será el que aparezca publicado en el Diario Oficial de la Federación en el renglón correspondiente a Unidades de Inversión. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, esta Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI, en su caso se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.

4. Corrección del Contrato de Seguro

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, por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo.

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 en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

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 Sinistro, 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 Sinistro, 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. 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 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. Verificación de 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 cuenta 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. Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o inexactas declaraciones.
- e. A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- f. Por la liquidación del Valor de Rescate que corresponda, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Funcionamiento de los Valores Garantizados.

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.

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 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 cuenta 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;
--------------	---

Artículo 276

- 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.

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. 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. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar."
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. 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 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

VI. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre de 2014, con el número CNSF-S0095-0500-2014/ CONDUSEF-000442-04; y a partir del día 06 de abril de 2015, con el número RESP-S0095-0352-2015; y a partir del día 11 de agosto de 2016, con el número RESP-S0095-0212-2016; 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.