



Vida y Ahorro

# EduAhorro



Condiciones Generales



# Condiciones Generales

---

Contenido	Página
<b>I. Objeto del seguro</b>	<b>7</b>
<b>II. Leyes aplicables</b>	<b>7</b>
<b>III. Definiciones</b>	<b>7</b>
1. Asegurado	7
2. Beneficiario	7
3. Cargo de Adquisición	7
4. Compañía	7
5. Contratante	7
6. Costo del Seguro	8
7. Enfermedad Preexistente	8
8. Estado de Cuenta	8
9. Extraprima	8
10. Fondo o Valor en Efectivo	8
11. Menor	8
12. Meta Educacional	8
13. Periodo de Espera	9
14. Plazo de Pago Educativo	9
15. Plazo de Seguro Educativo	9
16. Póliza o Contrato de Seguro	9
17. Prima	9
18. Recargo Fijo	9
19. Segundo Asegurado o Asegurado Mancomunado	9
20. Siniestro	10
21. Suma Asegurada	10
<b>IV. Procedimientos</b>	<b>10</b>
1. Funcionamiento del Fondo o Valor en Efectivo	10
2. Pago automático de Primas	10
3. Continuación automática	10
4. Intereses	10

---

---

5. Valor de rescate	11
6. Retiros parciales	11
7. Incrementos no programados de Suma Asegurada	11
8. Pruebas de asegurabilidad	11
9. Disminución de Suma Asegurada	12
10. Seguro mancomunado	12
<b>V. Descripción del seguro</b>	<b>13</b>

---

1. Cobertura Básica o por Fallecimiento	13
2. Vigencia	13
3. Edades de aceptación	13

  

<b>VI. Beneficios incluidos</b>	<b>14</b>
---------------------------------	-----------

---

1. Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios	14
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	14

  

<b>VII. Coberturas adicionales</b>	<b>18</b>
------------------------------------	-----------

---

1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	18
a) Definición de Invalidez Total y Permanente	18
b) Opciones de coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente (ECMI y PAI)	19
c) Edades de aceptación	19
d) Exclusiones	19
e) Cancelación	20
2. Cobertura adicional por Accidentes	20
a) Definiciones	20
b) Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO)	21
c) Edades de aceptación	21
d) Exclusiones	22
e) Cancelación	22
3. Cobertura de Pago Adicional por Enfermedades Graves (PAE)	23
a) Descripción	23
b) Edades de aceptación	26
c) Exclusiones	26
d) Cancelación	27

---

---

<b>VIII. Cláusulas generales</b>	<b>27</b>
1. Designación de Beneficiarios	27
2. Pago de la Prima	27
3. Moneda	28
4. Corrección del Contrato de Seguro	28
5. Indisputabilidad	29
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones	29
7. Notificaciones	29
8. Cambio de Ocupación	29
9. Rehabilitación	30
10. Carencia de Restricciones	30
11. Suicidio	30
12. Comprobación del Siniestro	31
13. Verificación de Edad	31
14. Pago del Seguro	32
15. Intereses Moratorios	32
16. Impuestos	32
17. Prescripción	32
18. Competencia	33
19. Envío de Estado de Cuenta	33
20. Terminación del Contrato de Seguro	33
21. Revelación de Comisiones	34
<b>IX. Asistencia Funeraria</b>	<b>34</b>
1. Disposiciones previas	34
2. Definiciones	34
3. Coordinación y asesoría para trámites funerarios	35
4. Traslado en caso de fallecimiento o entierro en la ciudad de residencia	35
5. Obligaciones de la Familia o del Representante del Asegurado	36
6. Exclusiones	37

---

# Condiciones • Generales

---

<b>X. Asistencia Educativa</b>	<b>37</b>
1. Disposiciones previas	37
2. Definiciones	37
3. Servicios educacionales	39
4. Servicios de Asistencia Educativa	39
a) Asistencia Educativa a Domicilio	39
b) Clases Particulares a Domicilio con Tarifas Preferenciales	40
c) Apoyo Escolar Telefónico	40
5. Exclusiones	41
<b>XI. Artículos citados</b>	<b>42</b>
<b>XII. Registro</b>	<b>51</b>

---

---

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

**EduAhorro**  
Condiciones Generales

---

## I. Objeto del seguro

---

Es un seguro de vida temporal que en caso de fallecimiento del Asegurado pagará a los Beneficiarios designados el beneficio por fallecimiento, que será igual a la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza más el Valor en Efectivo. Con la contratación de este seguro, el Asegurado podrá ahorrar para la educación del Menor; en caso de sobrevivencia del Asegurado éste recibirá únicamente el ahorro obtenido al cumplirse el Plazo de Seguro Educativo y podrá continuar asegurado y ahorrar hasta los 90 (noventa) años de edad.

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al(los) Asegurado(s) incluido(s) 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.

## II. Leyes aplicables

---

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

## III. Definiciones

---

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

### 1. Asegurado

La persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

### 2. Beneficiario

Aquella persona designada por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización) y en su caso, el Valor en Efectivo. En caso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica o el Anticipo por Enfermedades Terminales se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

### 3. Cargo de Adquisición

Es el costo relacionado con la activación de la Póliza, el cual es cobrado en forma diferida a lo largo del seguro como porcentaje de la Prima pagada.

### 4. Compañía

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

### 5. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro y que generalmente es el mismo Asegurado.

---

---

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado. En caso de que el Contratante sea Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la Póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral no podrá contratar para sí coberturas adicionales.

El Contratante es la única persona que podrá decidir sobre el uso o la disposición del Valor en Efectivo.

El Contratante podrá cambiar durante la vigencia de la Póliza; para lo cual, en caso de haber contratado coberturas adicionales a su favor (persona física) y de solicitar su continuidad, el nuevo Contratante deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

## **6. Costo del Seguro**

Se conforma por los cargos mensuales que se requieren para cubrir los costos de siniestralidad de la cobertura por fallecimiento y de las coberturas adicionales contratadas, de acuerdo con la edad alcanzada por cada Asegurado a la fecha del último aniversario de la Póliza más los gastos administrativos.

## **7. Enfermedad Preexistente**

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

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

## **8. Estado de Cuenta**

Es el informe periódico remitido al domicilio del Contratante en donde se le indican los movimientos registrados durante el periodo de reporte.

## **9. Extraprima**

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

## **10. Fondo o Valor en Efectivo**

Se constituye por la Prima de Seguro disminuida por el Cargo de Adquisición y el Costo del Seguro más la Prima de Ahorro, sobre el cual se acreditarán los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de rescate de la Póliza, el Costo del Seguro a cargo del Contratante se disminuirá del Valor en Efectivo.

## **11. Menor**

Es la persona o las personas menores de 25 (veinticinco) años designada(s) por el Asegurado. La vigencia del Plazo de Seguro Educativo está en relación con la edad del Menor.

## **12. Meta Educativa**

Es la cantidad que el Contratante determina como ahorro por alcanzar al final del Plazo de Seguro Educativo.

Esta Meta Educativa se alcanzará siempre y cuando el Contratante efectúe todas las aportaciones adicionales sugeridas y dependerá de los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



---

### 13. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura, o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

### 14. Plazo de Pago Educativo

Este plazo será determinado por el Contratante con el objeto de alcanzar la Meta Educativa y éste nunca podrá ser mayor a 25 (veinticinco) años de edad del Menor. Este plazo de pago podrá modificarse en cualquier momento a petición escrita del Contratante, ya sea para ampliarlo o disminuirlo, una vez acordada la solicitud de modificación por parte de la Compañía; en tal caso, únicamente se ajustará el monto de la Prima de Ahorro que será cubierta por el Contratante o Asegurado.

### 15. Plazo de Seguro Educativo

Este plazo estará determinado por la edad inicial del Menor y el plazo que elija el Contratante para obtener la Meta Educativa. Este plazo no podrá ser mayor a la edad de 25 (veinticinco) años cumplidos del Menor. El monto acumulado en el Valor en Efectivo se podrá retirar en cualquier momento de la vida de la Póliza.

### 16. 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, las condiciones generales y los endosos.

### 17. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza y la edad cumplida del Asegurado al momento de calcular la Prima.

Existen dos tipos de Prima:

- a) **Prima de Seguro.** Es la cantidad que pagará el Contratante por la cobertura básica y por cada una de las coberturas adicionales contratadas, así como las Extraprimas que en su caso correspondan, más un Recargo Fijo anual.
- b) **Prima de Ahorro.** Es la cantidad que pagará el Contratante como aportación adicional a la Prima de Seguro de manera voluntaria y con el objetivo de obtener un ahorro. Cualquier importe pagado en exceso una vez cubierta la Prima de Seguro se considerará Prima de Ahorro. En caso de que el Asegurado efectúe aportaciones adicionales, estas permanecerán depositadas en el Fondo o Valor en Efectivo por un plazo mínimo de 30 (treinta) días naturales, transcurridos los cuales el Contratante podrá solicitar el retiro total o parcial, debiendo solicitarlo por escrito dirigido a la Compañía. Al término del Contrato de Seguro en caso de existir algún remanente en el Valor en Efectivo, éste se le entregará en una sola exhibición al Contratante.

### 18. Recargo Fijo

Es un monto que se actualiza anualmente y se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

### 19. Segundo Asegurado o Asegurado Mancomunado

Se considera como tal a la persona que aparece registrada como Solicitante Mancomunado en la solicitud del seguro, quien firma en la misma dando su consentimiento a la celebración del Contrato de Seguro y que de ser aceptada por la Compañía aparecerá como tal en el endoso respectivo, y tiene un interés asegurable sobre el Menor.

---

## 20. Siniestro

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

## 21. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el (los) Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por cada una de las coberturas contratadas. En la Suma Asegurada se consideran todos los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

---

# IV. Procedimientos

## 1. Funcionamiento del Fondo o Valor en Efectivo

El Fondo o Valor en Efectivo se constituye por la Prima de Seguro disminuida por el Cargo de Adquisición y el Costo del Seguro más la Prima de Ahorro, sobre el cual se acreditarán los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A falta de pago de Prima por parte del Contratante y cuando el monto disponible del Fondo o Valor en Efectivo sea menor al Costo del Seguro, con el objeto de que la Póliza continúe en vigor se procederá conforme a las cláusulas Pago Automático de Primas o Continuación Automática. Si la falta de pago de prima se presenta dentro del plazo de seguro educativo se procederá conforme a la cláusula de pago automático de Primas o si se presenta una vez entregada la Meta Educativa se procederá conforme a la cláusula de Continuación Automática.

El Contratante podrá realizar retiros parciales del Fondo o Valor en Efectivo de acuerdo con lo establecido en la cláusula denominada Retiros Parciales, en caso de que el Contratante decida realizar un retiro total del Fondo o Valor en Efectivo el Contrato de Seguro se dará por terminado de acuerdo con lo establecido en la cláusula denominada Valor de Rescate.

## 2. Pago automático de Primas

Si dentro del Plazo de Seguro Educativo, la Compañía no recibe el pago de la Prima de Seguro de conformidad con la cláusula Pago de la Prima, incluido el costo de las modificaciones pactadas, el Asegurado acepta se le descuenta la cantidad necesaria o disponible para pagar total o parcialmente la Prima de Seguro de manera automática del Fondo o Valor en Efectivo.

Cuando no exista saldo suficiente en el Fondo, la Póliza continuará en vigor mientras el Fondo sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro mensual. En el momento que el Fondo sea insuficiente para cubrir el Costo del Seguro, cesará la vigencia de la Póliza.

## 3. Continuación automática

Una vez entregada la Meta Educativa al Contratante o al terminar el Plazo de Seguro Educativo y en caso de falta de pago de Primas, el Asegurado acepta que se tomará del Fondo la cantidad necesaria para cubrir el Costo del Seguro; si el valor del Fondo no fuera suficiente para pagar el Costo del Seguro cesará en ese momento la vigencia de la Póliza. Durante ese lapso el Asegurado podrá efectuar los pagos de Primas suficientes para mantenerla en vigor, sin necesidad de satisfacer ningún requisito de asegurabilidad.

## 4. Intereses

La Compañía invertirá la Prima de Ahorro conforme a lo establecido en las Reglas Generales para la Administración de las Operaciones a que se refiere el artículo 118 fracción XXI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

---

**La tasa con la que se invierte el Valor en Efectivo no está garantizada y variará de acuerdo con los instrumentos financieros acreditados por la autoridad competente. Sin embargo, las inversiones se efectuarán de acuerdo con lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas para las Instituciones de Seguros que publica la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

### **5. Valor de rescate**

El Contratante podrá rescatar su Póliza en cualquier momento mediante un escrito dirigido a la Compañía, con lo cual tendrá derecho a recibir el Valor en Efectivo. El rescate de la Póliza trae por consecuencia inmediata y directa la terminación del Contrato de Seguro.

### **6. Retiros parciales**

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante mediante un escrito dirigido a la Compañía podrá hacer retiros parciales del Fondo o Valor en Efectivo. Estos retiros afectarán la Meta Educacional.

Las cantidades entregadas a la Compañía como Prima de Ahorro no podrán ser retiradas antes del transcurso de 30 (treinta) días contados a partir de la fecha de su aportación.

El costo de la transacción por cada retiro parcial será máximo de 10 (diez) veces el Salario Mínimo General Diario Vigente en el Distrito Federal.

**Esta Póliza no otorga dividendos.**

### **7. Incrementos no programados de Suma Asegurada**

Al inicio del 3° (tercer) año de vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada, siempre que no se esté aplicando alguna de las coberturas de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente o Pérdidas Orgánicas, o no exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales.

En su caso, la Compañía tendrá el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que determine y la aceptación estará sujeta a las políticas de selección de riesgo de la misma. Todos los incrementos de Suma Asegurada solicitados por el Asegurado en fecha posterior al 3° (tercer) año de vigencia de la Póliza estarán sujetos a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio a partir de su otorgamiento.

En caso de aceptar el incremento, la Compañía dará aviso al Asegurado de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual estará en función de la edad del Asegurado al momento del incremento y se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**Cancelación.** Dejarán de otorgarse los incrementos no programados de la Suma Asegurada al suceder cualquiera de los siguientes casos:

- a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años.
- b) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido la indemnización de la cobertura adicional por Invalidez Total y Permanente.
- c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el Anticipo por Enfermedades Terminales.
- d) La Póliza haya sido afectada por alguna cobertura adicional contratada.
- e) A petición del Asegurado, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

### **8. Pruebas de asegurabilidad**

Las pruebas de asegurabilidad son todos los documentos que contienen la información necesaria para seleccionar un riesgo, a saber: solicitud; cuestionarios médicos, de ocupación, deportes, aviación; resultados de exámenes médicos; estudios especiales y cualquier otro que la Compañía considere necesario.

---

## 9. Disminución de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones en el importe de su protección, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y esta se solicite con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago convenida por las partes.

La nueva Prima se ajustará a la Suma Asegurada solicitada, misma que se calculará de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La disminución de Suma Asegurada procederá siempre que ésta se solicite con anterioridad a la fecha de pago que corresponda. Los pagos de Prima subsecuentes contarán con la disminución solicitada, los pagos efectuados con anterioridad a la solicitud de disminución de Suma Asegurada, no serán objeto de reembolso por haberse corrido el riesgo sobre la Suma Asegurada por ese periodo.

## 10. Seguro mancomunado

En caso de contratarse esta modalidad en el seguro, la cobertura básica, los beneficios incluidos y las coberturas adicionales aplicarán igual tanto para el Asegurado como para el Segundo Asegurado, **excepto las coberturas de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI) y Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI), mismos que no cubren al Segundo Asegurado.**

Para el cálculo de la Prima, se tomará la edad del Asegurado y del Segundo Asegurado y con base en la tabla de edades equivalentes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará la edad de cálculo para establecer la Prima de Seguro y por consiguiente el Costo del Seguro.

La aplicación de esta cláusula en el Contrato de Seguro, observará los lineamientos siguientes:

- a) Para fines de esta cláusula, al Segundo Asegurado se le nombrará Asegurado Mancomunado. En el endoso de Asegurado Mancomunado se hará constar su nombre y calidad como Asegurado.
- b) Todas las condiciones estipuladas en la Póliza son aplicables para ambos Asegurados (Asegurado y Asegurado Mancomunado); por lo tanto, cualquier requisito de asegurabilidad que se estipule aplicará para ambos, así como cualquier derecho deberá ser ejercido conjuntamente, excepto el uso y disposición del Valor en Efectivo, sobre el cual solamente tiene derecho el Contratante.
- c) En caso de ocurrir a cualquiera de los Asegurados (Asegurado y/o Segundo Asegurado) alguno de los riesgos cubiertos por este seguro, se cubrirá el primer evento, cancelándose la cobertura afectada; o en caso de fallecimiento, el seguro.
- d) Para la cobertura de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI), en caso de Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado se entiende que aplica la cancelación de las coberturas adicionales y únicamente continuará con la protección de la cobertura básica, el Apoyo Económico por Gastos Funerarios y la Asistencia Funeraria.
- e) En caso de fallecimiento del Asegurado o Asegurado Mancomunado, se seguirán las siguientes reglas:
  1. La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza más el Valor en Efectivo a los Beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca, quedando cancelado el seguro.
  2. En caso de fallecimiento simultáneo, la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, contratada y establecida en la carátula de la Póliza, se distribuirá 50% (cincuenta por ciento) entre los Beneficiarios de un Asegurado y 50% (cincuenta por ciento) para los Beneficiarios del otro.
  3. En caso de sufrir Invalidez Total y Permanente y haber contratado la cobertura de Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI):
    - a) La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura al Asegurado después de transcurrir el Periodo de Espera, cancelándose esta cobertura.
    - b) En caso de presentarse Invalidez Total y Permanente de forma simultánea, la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza, para la cobertura por invalidez se pagará al Asegurado después de transcurrir el Periodo de Espera, cancelándose esta cobertura.

- 
- c) Adicionalmente, si se contrató la cobertura de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI), y si el Asegurado sufriera Invalidez Total y Permanente, la Compañía tomará del Valor en Efectivo el Costo del Seguro por el riesgo de fallecimiento, después de transcurrido el Periodo de Espera.

## V. Descripción del seguro

---

### 1. Cobertura Básica o por Fallecimiento

Si durante este 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 o del Segundo Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios designados el beneficio por fallecimiento, que será igual a la Suma Asegurada, contratada y establecida en la carátula de la Póliza, para esta cobertura más el Valor en Efectivo, conforme a la cláusula Pago del Seguro.

En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del Plazo de Seguro Educativo, la Compañía pondrá a disposición del Contratante el Valor en Efectivo acumulado hasta el vencimiento de dicho plazo, de no acudir por este Valor en Efectivo, éste se seguirá administrando en la Póliza durante la vigencia del seguro.

Si el Asegurado llegara con vida al término del plazo de seguro, la Póliza quedará cancelada y la Compañía pondrá, a partir de ese momento, a disposición del Contratante el remanente que exista en el Valor en Efectivo, terminando así toda obligación por parte de la Compañía derivado de este Contrato de Seguro. Únicamente para el supuesto contenido en el presente párrafo, el Asegurado acepta que en caso de no acudir ante la Compañía a recibir el Valor en Efectivo al término del plazo de seguro, otorga un mandato en administración a la Compañía, para que ésta administre dicho valor, pudiendo acudir el Asegurado en cualquier momento para recibir tal fondo en administración. A dicho valor se le podrá acreditar rendimientos de conformidad al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### 2. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá cuando el Asegurado llegue a la edad alcanzada de 90 (noventa) años. En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del Plazo de Seguro Educativo, la Compañía pondrá a su disposición el Valor en Efectivo acumulado hasta el vencimiento de dicho Plazo.

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

La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente –sin obligación posterior para la Compañía–, con el pago de la Suma Asegurada de la cobertura básica, por rescate de la Póliza o cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro. En el último caso, el Contratante contará con 30 (treinta) días naturales para cubrir el Costo del Seguro antes de la cancelación de su Póliza, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 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.

---

## VI. Beneficios incluidos

---

### 1. Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado o del Segundo Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) a la Compañía como apoyo económico por gastos funerarios.

Este apoyo económico será procedente siempre y cuando el Beneficiario solicite por escrito el pago del apoyo y anexe copia simple del Certificado de Defunción, su credencial oficial de identificación por ambos lados y la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario.

En caso de proceder la cobertura básica, los Beneficiarios tendrán derecho a obtener el apoyo económico adicional a que hace referencia este beneficio. La Compañía efectuará el pago una vez que reciba toda la documentación e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

### 2. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza, de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en la cláusula Indisputabilidad, en caso de que al Asegurado o al Segundo Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales que cumplan con las características detalladas a continuación:

- a) Infarto al Miocardio.
- b) Enfermedad Coronaria Obstructiva.
- c) Accidente Vascular Cerebral.
- d) Cáncer.
- e) Insuficiencia Renal.

Siempre y cuando se cumpla la condición de haberse originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y como consecuencia se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser documentada y dictaminada por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Además de las Enfermedades Terminales aquí citadas, se considerará cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal –es decir, progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses– para ser cubierta por este beneficio, su diagnóstico correspondiente deberá constar por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, fechado y firmado.

Adicional al dictamen presentado, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer la base de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; en este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar por su médico tratante (especialista en la materia) la Enfermedad Terminal, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión. En caso de determinar la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados, así como los costos del peritaje. De no proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

---

**a) Infarto al Miocardio**

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. El Infarto al Miocardio requiera atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
3. Se demuestre a la Compañía el estado de Enfermedad Terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

**b) Enfermedad Coronaria Obstructiva**

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardiaco).
3. Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

**c) Accidente Vascular Cerebral**

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro, causando déficit neurológico que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

---

Se procederá al pago del anticipo cuando:

Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

**d) Cáncer**

Para efectos de este beneficio, se entenderá como Cáncer a la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, con la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

**Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e *In Situ* (*en sitio*); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

**e) Insuficiencia Renal**

La etapa final de la Insuficiencia Renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

En cualquier caso la Compañía se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con el Siniestro.

La cantidad que por este beneficio se pague no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal.



---

**En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza, para la cobertura por fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.**

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar solo una de las Enfermedades Terminales por única ocasión.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que la Póliza se encuentre vigente al momento del Siniestro.
- b) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando la Póliza en vigor.
- c) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- d) Que haya transcurrido al menos un Periodo de Espera de al menos 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza y de la fecha en que un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, diagnostique al Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados.
- e) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

## **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, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Rehabilitación.**
- d) Enfermedad Preexistente.**

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 Capítulo 20.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 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, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

---

## VII. Coberturas adicionales

---

En caso de haberse contratado una o más coberturas adicionales con costo y éstas se encuentren vigentes y listadas en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión, aplicarán las siguientes cláusulas.

### 1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

#### a) Definición de Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

1. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Asegurado para desempeñar cualquier trabajo remunerado o no por el resto de su vida, como consecuencia de:
  - a) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por ésta, o
  - b) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por éste, o
  - c) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
2. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de:
  - a) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por ésta, o
  - b) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por éste, o
  - c) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Para efectos del inciso 1, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado comprenderá un plazo de 6 (seis) meses, contados a partir de que una institución o médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente.

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará con un médico especialista en la materia. En caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por otro médico con cédula profesional especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, mismo que el Asegurado elegirá de entre los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

---

**b) Opciones de coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente (ECMI y PAI)**

**No aplican para el Segundo Asegurado.**

El Contratante podrá elegir una o varias de las opciones siguientes:

**1. Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI)**

**Esta cobertura aplica únicamente cuando el Contratante sea también Asegurado.**

En el caso de que al Asegurado le sea dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía lo eximirá de los Costos del Seguro de la cobertura por Fallecimiento a fin de que continúe protegido por la misma cobertura y quedará excluido de las coberturas adicionales. Cualquier Prima pagada posterior a la invalidez será considerada Prima de Ahorro.

Una vez otorgado el beneficio de esta cobertura y cuando lo estime conveniente, aunque no más de una vez al año, la Compañía puede exigir al Asegurado la comprobación de la continuidad del estado de Invalidez Total y Permanente.

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 Apoyo Económico por Gastos Funerarios y la Asistencia Funeraria que continuarán vigentes.

**2. Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)**

Si durante la vigencia de esta cobertura, y una vez transcurrido el Periodo de Espera, se comprobara el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza, para esta cobertura.

**c) Edades de aceptación**

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

**d) Exclusiones**

**No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:**

**1. Que se origine por la participación del Asegurado en:**

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Eventos o actividades de práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

## 2. Por los siguientes eventos:

- a) **Cualquier intento de suicidio.**
- b) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- c) **Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
- d) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- e) **Por exposición a radiaciones atómicas y lo derivado de éstas.**

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

## 4. Por Enfermedades Preexistentes conocidas y no declaradas por el Asegurado a la Compañía.

### e) **Cancelación**

Las coberturas contratadas por Invalidez Total y Permanente se cancelarán cuando ocurra el primero de los siguientes casos:

1. Al vencimiento del aniversario de la Póliza en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años.
2. Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.
3. Al término del plazo de seguro.
4. Una vez que la Compañía hubiera indemnizado al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
5. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago por Pérdidas Orgánicas conforme a la cobertura Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO).
6. Si se niega a la comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.

## 2. Cobertura adicional por Accidentes

### a) **Definiciones**

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá por:

1. **Accidente**  
Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.
2. **Anquilosis**  
Fijación total de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.
3. **Pérdida Orgánica**  
Se entenderá como tal:
  - a) La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
  - b) La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.
  - c) La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de dos falanges de la misma mano, cuando menos.
  - d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

## b) Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO)

### 1. Descripción

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado fallece o llega a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición, por concepto de indemnización, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura, señalado en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufiere, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas en la presente cobertura adicional.

La indemnización para estas coberturas se pagará siempre y cuando:

- La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
- El Accidente ocurra dentro de las edades comprendidas para esta cobertura.
- El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.
- La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se entregará al propio Asegurado. La indemnización correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a los Beneficiarios designados.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

### 2. Indemnización máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en las coberturas de Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de Póliza para estas coberturas, aun cuando el Asegurado o Segundo Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

Si la Compañía llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental contratada y establecida en la carátula de la Póliza, se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado o Segundo Asegurado a consecuencia del mismo Accidente.

## c) Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad.

#### **d) Exclusiones**

**Las coberturas adicionales por Accidente no cubren:**

##### **1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:**

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) Eventos o actividades de práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

##### **2. Por los siguientes eventos:**

- a) Enfermedad física o mental.**
- b) Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- d) Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
- e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- f) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente, como consecuencia del mismo.**

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

#### **e) Cancelación**

Las coberturas de Accidente se cancelarán en el momento en que se presente cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años. En la opción mancomunada se cancelará esta cobertura cuando la edad de cálculo sea 70 (setenta) años.**
- 2. Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.**
- 3. Al término del plazo de seguro.**
- 4. Al término del aniversario en que hubiera procedido cualquiera de las coberturas de Invalidez Total y Permanente.**
- 5. Al finalizar el aniversario en que se hubiera pagado alguna de las indemnizaciones de las coberturas por Accidente o por Pérdidas Orgánicas.**

---

### 3. Cobertura de Pago Adicional por Enfermedades Graves (PAE)

#### a) Descripción

La Compañía pagará a los Asegurados (Asegurado y/o Asegurado Mancomunado) o a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura, en caso de que cualquiera de los Asegurados requiera un procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (bypass o puente aortocoronario), un Trasplante de Órganos Mayores o se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Graves que cumplan con las características detalladas a continuación.

#### Las Enfermedades Graves deberán cumplir con:

##### 1. Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir todos los criterios que se describen a continuación:

- a) Correlación clínica con nuevos cambios electrocardiográficos, ecocardiográficos y/o en pruebas de perfusión miocárdica indicativos del infarto.
- b) Elevación de los niveles de cuando menos 3 (tres) de las enzimas cardiacas siguientes con la evolución indicada:
  1. De CPK TOTAL a partir de 4 a 8 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 18 y 30 horas con normalización entre 72 y 96 horas.
  2. De CPK-MB a partir de 3 a 6 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 y 24 horas con normalización entre 24 a 72 horas
  3. De Tnlc (Troponina I) a partir de 3 a 4 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 y 20 horas con normalización entre 7 a 9 días.
  4. De TnTc (Troponina T) a partir de 4 a 6 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 12 y 20 horas con normalización entre 10 a 14 días.
  5. De DHL a partir de 12 a 16 horas valor máximo entre 30 a 40 horas con normalización de 10 a 12 días.
  6. De TGO a partir de 8 a 12 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo entre 24 a 48 horas con normalización entre 3 a 5 días.
  7. De mioglobina a partir de 2 horas del comienzo de los síntomas, valor máximo a las 8 horas con normalización a las 18 horas

#### **No se cubren otros síndromes coronarios agudos, incluyendo la angina de pecho.**

Se procederá al pago de esta cobertura si todas las condiciones siguientes se cumplen:

- a) El Infarto al Miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en una unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
- b) Se demuestre a la Compañía un daño permanente en el músculo cardiaco seguido del Infarto al Miocardio mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
- c) Los resultados médicos deben estar soportados mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura, después del Periodo de Espera.

## 2. Accidente Vascular Cerebral

Muerte del tejido cerebral debido a una irrigación inadecuada de sangre o a una hemorragia cerebral que resulte en daño neurológico permanente con síntomas clínicos que persistan por más de 24 (veinticuatro) horas. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal, trombosis y embolia cerebral.

### No estarán cubiertas:

- a) **Ataque isquémico transitorio.**
- b) **Lesión traumática en tejido cerebral o vasos sanguíneos.**

Se procederá al pago de esta cobertura si todas las condiciones siguientes se cumplen:

- a) La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente.
- b) Se demuestre a la Compañía el estado de Enfermedad Grave mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad, así como el periodo en que se determinó el daño neurológico.
- c) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

## 3. Cáncer

Presencia de uno o más tumores malignos, cuyas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo, alejadas del tumor inicial o primario para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen melanoma maligno (enfermedad maligna de las células que dan color a la piel), sarcoma, leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático) todas ellas en su forma diseminada, excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.

### De acuerdo con la definición anterior, lo siguiente no está cubierto:

- a) **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia in situ intraepitelial o un crecimiento pre-maligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología (estudio de las células de una parte del organismo) y por el médico especialista como diagnóstico final.**
- b) **Cualquier Cáncer de piel distinto del melanoma maligno que ha sido clasificado histológicamente como haber causado la invasión más allá de la epidermis (capa externa de la piel).**
- c) **Carcinomas basocelulares y espinocelulares.**
- d) **Linfoma cutáneo confinado exclusivamente a piel.**
- e) **Todos los tumores de próstata que histológicamente de acuerdo con la Clasificación de Gleason estén catalogados de Gleason 1 a Gleason 6 o en la clasificación TNM menores a T2N0M0.**
- f) **Leucemia Linfocítica Crónica en Estadio A de acuerdo al sistema de Clasificación de Binet.**
- g) **Sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).**
- h) **Enfermedades preexistentes.**



#### **4. Insuficiencia Renal**

La etapa final de la Insuficiencia Renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago de esta cobertura si todas las condiciones siguientes se cumplen:

- a) Se demuestre a la Compañía el fallo total, permanente e irreversible de ambos riñones mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad, así como el periodo en que se determinó el daño.
- b) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

**El procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (bypass o puente aortocoronario) deberá cumplir con:**

##### **1. Revascularización Miocárdica (bypass) por Cirugía**

Operación quirúrgica con tórax abierto que se utiliza para la corrección del estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (bypass o puente aortocoronario), ya sean venas o arterias para la revascularización del miocardio.

La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante una angiografía coronaria y notificado por un cardiólogo.

**Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención que no sea el específicamente mencionado como Revascularización Miocárdica (bypass) por Cirugía (por ejemplo la angioplastia coronaria, colocación de stents y trombosis).**

**El Trasplante de Órganos Mayores deberá cumplir con:**

##### **1. Trasplante de Órganos Mayores**

El que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser corazón (completo), pulmón, hígado y riñón.

**El trasplante de otros órganos o parte de ellos, tejidos o células queda excluido.**

Se procederá al pago de esta cobertura si todas las condiciones siguientes se cumplen:

- a) Se demuestre a la Compañía que se ha tenido un Trasplante de Órganos Mayores mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad, así como el periodo en que se determinó el daño.
- b) El resultado médico debe estar soportado mediante evidencia que confirme que el evento ocurrió dentro del periodo de la cobertura.

En cualquier caso la Compañía se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con el Siniestro.

Esta cobertura adicional (PAE) cubre al Asegurado y/o Asegurado Mancomunado por presentar sólo una de las enfermedades antes mencionadas por única ocasión.

---

Esta cobertura adicional (PAE) estará sujeta a las siguientes condiciones:

1. Que la cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
2. Que la enfermedad se inicie y sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza.
3. El pago del Siniestro procederá siempre que los primeros síntomas de los padecimientos antes mencionados se presenten una vez transcurridos 3 (tres) meses a partir de la fecha de inicio de vigencia.
4. Esta cobertura estará en vigor por el plazo de seguro contratado o mientras el Asegurado no alcance la edad de 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.
5. La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario(s) toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro.
6. En caso de presentarse alguna de las enfermedades antes mencionadas, el Asegurado deberá demostrar la existencia, el inicio de la enfermedad y el periodo de evolución al solicitar el pago del Siniestro, mediante pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento) y específicos, incluyendo un informe detallado, fechado y firmado por un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión, que corresponda. Se indemnizará por el importe total a pagar por esta cobertura, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de esta Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.
7. La Compañía comenzará a pagar la Suma Asegurada contratada y establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura al Asegurado y/o Asegurado Mancomunado, siempre que cualquiera de los padecimientos antes mencionados persistan por un periodo continuo de 30 (treinta) días, contados a partir de la comprobación de la existencia de la enfermedad cubierta por el médico o los médicos que atienden al Asegurado.
8. Para la calificación de procedencia del Siniestro se tomará en consideración lo dispuesto en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio.

**b) Edades de aceptación**

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 55 (cincuenta y cinco) años de edad.

**c) Exclusiones**

**Además de las exclusiones mencionadas, esta cobertura no se concederá si la Enfermedad Grave, el procedimiento quirúrgico o el trasplante es debido a:**

1. **El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional del Asegurado y/o Asegurado Mancomunado.**
2. **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
3. **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.**
4. **Enfermedad Preexistente.**

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 Capítulo 20.3 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, 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, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

#### **d) Cancelación**

Esta cobertura adicional (PAE) se cancelará en los siguientes casos:

1. En el año en que el Asegurado cumpla la edad de 60 (sesenta) años. En la opción mancomunada se cancelará esta cobertura cuando la edad de cálculo sea 60 (sesenta) años.
2. Al momento de pagar la Suma Asegurada, contratada y establecida en la carátula de la Póliza, a causa de una de las Enfermedades Graves, procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (bypass o puente aortocoronario) o Trasplante de Órganos Mayores mencionadas al Asegurado.
3. En la opción mancomunada, se cancelará esta cobertura en el momento que a uno de los dos Asegurados se le pague la Suma Asegurada por presentar una de las Enfermedades Graves, procedimiento quirúrgico de Revascularización Miocárdica (bypass o puente aortocoronario) o Trasplante de Órganos Mayores mencionadas en este apartado.
4. Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.

## **VIII. Cláusulas generales**

### **1. Designación de Beneficiarios**

El Asegurado y el Segundo Asegurado tendrán derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal, de acuerdo con el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la Suma Asegurada, contratada y establecida en la carátula de la Póliza, 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 Contratante 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 Contratante 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 cobertura básica y cada cobertura adicional, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

---

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada, ya sea mensual, trimestral o semestral, sin que se aplique recargo por pago fraccionado.

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 primera fracción de ésta. En el caso de las Primas subsecuentes, los pagos vencerán al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. 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 se aplicará lo establecido en las cláusulas de Pago Automático de Primas o Continuación Automática, de acuerdo con el Plazo de Seguro Educativo que se hubiera contratado. En caso de agotarse el Valor en Efectivo, el Contrato de Seguro se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Los pagos de Prima de Seguro o de Ahorro deberán efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas (de Seguro y/o de Ahorro) a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero), éste se recibirá salvo buen cobro.

### **3. Moneda**

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Moneda Nacional, Dólares de los Estados Unidos de América o Unidades de Inversión (UDI), de acuerdo con 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 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 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 la 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. Indisputabilidad**

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última rehabilitación, en caso de existir Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en (i) la solicitud del seguro, (ii) el cuestionario médico, o (iii) el resto de los documentos que formen parte de este 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 en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

### **6. Omisiones o Inexactas Declaraciones**

**El Contratante y los Asegurados, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía –mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada–, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como lo(s) conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.**

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

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

### **7. Notificaciones**

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

### **8. Cambio de Ocupación**

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, el Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

---

Con esta notificación, la Compañía realizará los ajustes correspondientes con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma Asegurada de la Póliza.

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

### **9. Rehabilitación**

En caso que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 2 (dos) años de la cancelación y se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza. De cualquier forma quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b. Que el Asegurado y Segundo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c. Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente; sujetándose, en todo caso, a lo establecido en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

### **10. Carencia de Restricciones**

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

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

### **11. Suicidio**

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado o del Segundo 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 Valor en Efectivo disponible en 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 se acepte 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.

---

## 12. Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se lista enseguida, adicional a las que se mencionen en cada cobertura de este Contrato de Seguro:

- a) Póliza original.
- b) Último recibo de pago.
- c) Solicitud de reclamación.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Acta de defunción.
- f) Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar a la enfermedad o invalidez.
- g) Identificación oficial del Asegurado.

No obstante los documentos antes listados, la Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado, Segundo Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas contratadas, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

## 13. 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.

Para el cálculo de la edad en caso del seguro mancomunado, se tomará la edad del Asegurado y del Segundo Asegurado y con base en la tabla de edades equivalentes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará la edad de cálculo que se considerará para establecer la Prima de Seguro y por consiguiente el Costo del Seguro.

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 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.

#### **14. Pago del Seguro**

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas 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. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio, lo anterior de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado o, en su caso, el Beneficiario deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor y deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora 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.

#### **15. 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.

#### **16. Impuestos**

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos, de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

#### **17. 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

## **18. Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis 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.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento, éstas deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen. Para reclamaciones por Invalidez y/o Pérdidas Orgánicas o Anticipo por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse 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.

## **19. Envío de Estado de Cuenta**

Periódicamente se enviará al Contratante al último domicilio que la Compañía tenga registrado, un Estado de Cuenta, el cual cumplirá con las disposiciones establecidas en el artículo 207 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el Capítulo 4.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

El Contratante, no obstante lo anterior, puede solicitar información relativa a su Póliza, Estado de Cuenta, Valor en Efectivo y cualquier aclaración derivada de este Contrato de Seguro en cualquier momento contactando a la Compañía.

El saldo del valor en efectivo se verá reflejado en el estado de cuenta.

## **20. 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) Pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- b) La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Asegurado o Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

- 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) Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para mantener la Póliza en vigor, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal 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.
- g) Al pagarse el valor de rescate.

## 21. 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.

# IX. Asistencia Funeraria

## 1. Disposiciones previas

La Compañía será la responsable por los Servicios de Asistencia que se proporcionan por un tercero.

## 2. Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para esta sección.

- a) **Accidente**  
Todo acontecimiento ajeno a cualquier voluntad humana, que provoque daños físicos a un Asegurado, originado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita, súbita y evidente (excluyendo la Enfermedad), que ocurra durante la vigencia de este contrato y de la Póliza de seguro de Vida.
- b) **Asegurado**  
El Asegurado Titular de la Póliza de seguro de Vida, emitida por AXA Seguros, para personas residentes de manera permanente en los Estados Unidos Mexicanos.
- c) **Enfermedad**  
Cualquier alteración en la salud del Asegurado que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida de viaje del Asegurado y durante la vigencia de la Póliza.
- d) **Equipo Médico**  
El personal médico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia para un Asegurado.
- e) **Equipo Técnico**  
El personal técnico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia para un Asegurado.
- f) **Familia**  
Padre, madre, cónyuge, hermanos e hijos de un Asegurado.
- g) **Fecha de Inicio**  
La Fecha de Inicio de los Servicios Asistenciales será la misma que la de la Póliza, y tendrán la misma vigencia que ésta.
- h) **País de Residencia**  
Estados Unidos Mexicanos.

- 
- i) Póliza**  
La Póliza de seguro de Vida válida, vigente y emitida por AXA Seguros en los Estados Unidos Mexicanos.
  - j) Representante**  
Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.
  - k) Residencia Permanente**  
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza de seguro de Vida de AXA Seguros.
  - l) Servicios de Asistencia**  
Los Servicios de Asistencia que se gestionan para los Asegurados, en los términos de estas condiciones generales, para los casos de su Situación de Asistencia.
  - m) Situación de Asistencia**  
Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.
  - n) Titular de la Póliza**  
La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza de seguro de Vida emitida por la Compañía.

### **3. Coordinación y asesoría para trámites funerarios**

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado desde la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado hasta toda la República Mexicana.

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de Accidente o Enfermedad y a petición de algún miembro de su Familia o de su Representante, la Compañía –a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia– organizará, coordinará y asesorará en los trámites funerarios necesarios que se ocasionen por fallecimiento del Asegurado, tales como:

- a) Tramitación legal y administrativa ante el Ministerio Público local y/o federal y ante el Servicio Médico Forense en caso de que el deceso ocurra en circunstancias violentas o se relacione con la investigación de un delito.
- b) Atención y solución de problemas legales y administrativos con relación al deceso para la tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.
- c) Referencia y coordinación con la agencia funeraria a fin de reservar sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación, de acuerdo con las instrucciones de la Familia y/o el Representante.

Los costos que se originen por este servicio deberán cubrirse por la Familia y/o el Representante del Asegurado directamente al prestador del servicio, cuando éste así se los solicite.

### **4. Traslado en caso de fallecimiento o entierro en la ciudad de residencia**

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado en todo el mundo, siempre que éste se requiera cuando el Asegurado se encuentre a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su ciudad de Residencia Permanente.

---

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de Accidente o Enfermedad, la Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia realizará y se hará cargo de todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal), consistentes en:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación o cremación en la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado.
- b) A petición de la Familia o del Representante del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos servicios, se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso del traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

## **5. Obligaciones de la Familia o del Representante del Asegurado**

El uso de los Servicios de Asistencia Funeraria de la Compañía implica la conformidad de la Familia o Representante del Asegurado con este beneficio.

### **a) Solicitud de asistencia**

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción o trámite, la Familia o el Representante del Asegurado llamará por cobrar a la central de alarma y proporcionará los datos siguientes:

1. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde se le podrá contactar, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
2. El nombre del Asegurado fallecido y su número de Póliza.
3. Describirá el problema. El Equipo Médico y el Equipo Técnico tendrán libre acceso al Asegurado y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso les es negado, no se tendrá la obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

### **b) Normas generales**

#### **1. Precauciones**

La Familia o el Representante del Asegurado están obligados a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir las Situaciones de Asistencia.

#### **2. Cooperación**

La Familia o el Representante del Asegurado deberá cooperar con la Compañía para facilitarle a ésta la recuperación de los gastos erogados por los Servicios de Asistencia que se hayan prestado a favor de cualquier tercero, mediante la aportación de los documentos necesarios y ayudar a completar las formalidades requeridas.

#### **3. Subrogación**

La Compañía se subrogará, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un hecho que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

#### **4. Personas que prestan los Servicios de Asistencia**

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

#### **5. Prescripción de las reclamaciones**

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

---

## 6. Exclusiones

- a) Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes del inicio de la vigencia de la Póliza o tras el término de la vigencia de la misma, no dan derecho a los Servicios de Asistencia, aun en los casos de cancelación por falta de pago de las Primas mensuales del Asegurado.
- b) La Familia o el Representante del Asegurado no tendrán derecho a ser reembolsados por ningún gasto que hubieran erogado por cualquiera de los conceptos que se mencionan en estos Servicios de Asistencia.
- c) Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y hospitalario.
- d) También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:
  1. Operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil declarada o no, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas que intervengan en dichos actos con motivo de sus funciones. Actos de terrorismo de una o varias personas que actúen en forma anónima, propia o a nombre y por encargo de, o en conexión, con cualquier organismo.
  2. Autolesiones o participación del Asegurado en actos delictivos o criminales.
  3. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
  4. Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa mas no limitativa.
  5. Suicidio, dentro de los primeros 2 (dos) años de antigüedad de la Póliza.
  6. Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas, si estas circunstancias influyeron en forma directa en la Situación de Asistencia.
  7. Los causados por mala fe del Asegurado.

## X. Asistencia Educativa

---

### 1. Disposiciones previas

La Compañía será la responsable por los Servicios de Asistencia que se proporcionan por un tercero.

### 2. Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para esta sección.

---

**a) Accidente**

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

Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como de sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por un Asegurado en un Accidente se consideran como un solo evento.

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

**b) Asegurado**

El Asegurado Titular de la Póliza del seguro de Vida, emitida por AXA Seguros, para personas residentes de manera permanente en los Estados Unidos Mexicanos.

**c) Beneficiario o Menor**

Es la persona o las personas menores de 18 (dieciocho) años o que se encuentre(n) cursando como máximo el bachillerato, designada(s) por el Asegurado.

**d) Enfermedad o Padecimiento**

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, Enfermedades o Padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad o Padecimiento.

**e) Fecha de Inicio**

La vigencia de estos Servicios de Asistencia iniciará en la Fecha de Inicio de la Póliza del seguro de Vida contratada.

**f) País de Residencia**

Estados Unidos Mexicanos.

**g) Póliza**

La Póliza del seguro de Vida válida, vigente y emitida por AXA Seguros en los Estados Unidos Mexicanos.

**h) Representante**

Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.

**i) Residencia Permanente**

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza del seguro de Vida de AXA Seguros.

**j) Servicios de Asistencia**

Los Servicios Asistenciales que se gestionan a los Asegurados en los términos de estas condiciones generales, para los casos de Situación de Asistencia.

---

**k) Situación de Asistencia**

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

**l) Titular de la Póliza**

La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza del seguro de Vida emitida por AXA Seguros.

**3. Servicios educacionales**

Los Servicios de Asistencia son proporcionados por un tercero y aplican únicamente en territorio nacional. Se otorgarán en caso de que el Menor sufra algún Accidente o Enfermedad que le impida asistir al plantel educativo en el que se encuentre inscrito en el año escolar en curso. Para recibir estos servicios, se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía.

En caso de Accidente o Enfermedad ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza, la Asistencia Educativa a Domicilio a que tenga derecho el Beneficiario se otorgarán a partir del día 15 (décimo quinto) del inicio de la Enfermedad o Accidente, no importando que en la prescripción médica se señale que la Enfermedad o las lesiones derivadas del Accidente requiere de un reposo superior a 15 (quince) días naturales.

El proveedor de estos servicios podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y/o precios preferenciales.

**La familia o el Representante del Asegurado no tendrán derecho a reembolso por ningún gasto que hubieran erogado por cualquiera de los conceptos que se mencionan en estos Servicios de Asistencia. Tampoco será cubierto cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y hospitalario.**

**4. Servicios de Asistencia Educativa**

Los Servicios de Asistencia son proporcionados por un tercero y aplican únicamente en territorio nacional. Para recibir estos servicios, se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía.

El proveedor de estos servicios podrá actualizar los servicios prestados y precios preferenciales.

**a) Asistencia Educativa a Domicilio**

En caso de Enfermedad o Accidente, se enviará un profesor al domicilio del Beneficiario para prestarle ayuda y regularización por hasta 40 (cuarenta) horas de clases particulares de las materias atrasadas con las siguientes características:

1. Las coberturas contratadas son aplicables a eventos ocurridos en todo el mundo, siempre que el Menor vuelva a su domicilio en México para recibir las clases particulares contratadas a través de un proveedor de servicios.
2. La asistencia consiste en un apoyo de hasta 40 (cuarenta) horas de clases particulares anuales por Póliza, independientemente del número de Siniestros y Beneficiarios incluidos en la Póliza. La frecuencia y número de horas por sesión será determinada por el Contratante o Asegurado de esta Póliza, a su vez el proveedor de servicios sugerirá la frecuencia y cantidad de clases pedagógicamente óptima de acuerdo con las necesidades y nivel escolar del Beneficiario.
3. La Asistencia Educativa aplica para las materias escolares incluidas en los programas de primaria a bachillerato. Se cubren las clases de los idiomas español e inglés **y se excluyen otros idiomas, así como clases de computación e instrumentos musicales.**

---

**b) Clases Particulares a Domicilio con Tarifas Preferenciales**

El objeto de esta asistencia consiste en ofrecer clases particulares a domicilio para el Menor, de acuerdo con las especificaciones de este apartado, a través de profesores especialistas, con título universitario y con experiencia, con tarifas preferenciales. El Contratante o Asegurado elige la materia, lugar, horario y día de la clase.

Los tipos de apoyo incluidos dentro de este Servicio de Asistencia Educativa son:

1. Regularización académica.
2. Apoyo escolar continuo.
3. Preparación para exámenes.

Aplica tarifa con costo preferencial por hora de clase, independientemente del nivel, materia o ciudad; dentro de la República Mexicana con un tiempo de respuesta a partir de la solicitud de 48 (cuarenta y ocho) a 96 (noventa y seis) horas hábiles a partir de la solicitud. El tiempo varía de acuerdo con la complejidad de la materia y ubicación del solicitante.

Este Servicio de Asistencia aplica para las materias escolares incluidos en los programas de primaria a bachillerato. Se cubren las clases de los idiomas español e inglés **y se excluyen otros idiomas, así como clases de computación e instrumentos musicales.**

La frecuencia y número de horas por sesión será determinada por el Contratante o Asegurado de esta Póliza, a su vez el proveedor de servicios sugerirá la frecuencia y cantidad de clases pedagógicamente óptima de acuerdo con las necesidades y nivel escolar del Menor. La contratación mínima deberá ser de 12 (doce) horas de clases.

**c) Apoyo Escolar Telefónico**

El objeto de esta asistencia consiste en ofrecer Apoyo Escolar Telefónico mediante asesorías en la resolución de tareas y/o dudas puntuales. La asistencia se brindará de manera puntual vía telefónica a través de profesores especialistas, titulados y con experiencia.

Aplica para solicitudes dentro de la República Mexicana, con un tiempo de atención por consulta de hasta 10 (diez) minutos. En caso de que por la complejidad de la pregunta no sea posible responder en ese momento, se enviará la respuesta vía correo electrónico al solicitante en un tiempo aproximado de 60 (sesenta) minutos.

Las solicitudes podrán ser efectuadas por el Contratante o Asegurado, o por el Menor bajo la autorización del Contratante o Asegurado.

Este Servicio de Asistencia aplica para las materias escolares incluidas en los programas de primaria a bachillerato. Se cubren las clases de los idiomas español e inglés **y se excluyen otros idiomas, así como clases de computación e instrumentos musicales.**

La frecuencia y número de consultas será de hasta 100 (cien) al año por Póliza o 2 (dos) consultas semanales por Póliza. En caso de agotar el número de consultas, podrán adquirir paquetes de 10 (diez) consultas adicionales a una tarifa preferencial. El horario de atención será de 9:00 a 19:00 horas, de lunes a viernes, excepto días no laborables por ley.

Las asistencias se otorgaran cumpliendo el Menor los siguientes requisitos:

1. Tener entre 6 (seis) y 18 (dieciocho) años cumplidos o estar cursando bachillerato como máximo.
2. Residir en la República Mexicana.
3. En su caso, al momento de la emisión de la Póliza, el Menor no deberá sufrir ningún Padecimiento, afección o Enfermedad crónica que cause su inasistencia a clases; se otorgará la asistencia en caso de Enfermedad o Accidente que sufra dentro de la vigencia de la Póliza.



---

## 5. Exclusiones

Sin perjuicio de lo previsto en las condiciones generales, se excluyen de estos Servicios de Asistencia Educativa aquellas situaciones que resulten, directa o indirectamente:

1. Que se origine por la participación del Asegurado en:
  - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
  - b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.
  - c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular.
  - d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
  - e) Eventos o actividades de práctica profesional relacionadas con paracaidismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.
  - f) Eventos o actividades derivados de práctica profesional tales como: fútbol, baloncesto y balonmano de competición, así como en cualquier caso los derivados del ejercicio de los siguientes: boxeo y cualquier otro tipo de lucha corporal, excepto judo; deportes aéreos, incluido paracaidismo; deportes acuáticos a más de 3 (tres) kilómetros de la orilla o costa; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo.
  - g) La práctica o participación en competiciones hípicas, carreras de motos, carreras de automóviles, alpinismo, escalada, espeleología, inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 (veinticinco) metros, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato aeronáutico similar, descenso en paracaídas no exigidos por la situación del aparato y cualquier otra clase de deporte o actividad que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física del Menor.
2. Por los siguientes eventos:
  - a) Cualquier intento de suicidio.
  - b) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
  - c) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
  - d) Exposición a radiaciones atómicas y lo derivado de éstas.
3. Por lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.
4. Por Enfermedades Preexistentes o Accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la Póliza, así como sus consecuencias y secuelas.
5. Por cirugía estética.

## IX. Artículos Citados

<b>LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO</b>	
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.	Art. 8
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.	Art. 9
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.	Art. 10
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.	Art. 25
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.	Art. 37
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. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 40
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 hayan influido en la realización del siniestro.	Art. 47
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 empresa en lo sucesivo.	Art. 52
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 por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.	Art. 66
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.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa 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.	Art. 70

<p>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.</p> <p>Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.</p>	<p>Art. 71</p>
<p>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.</p>	<p>Art. 76</p>
<p>Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:</p> <p>I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.</p> <p>II.- En dos años, en los demás casos.</p> <p>En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>	<p>Art. 81</p>
<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>	<p>Art. 82</p>
<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>	<p>Art. 84</p>
<p>Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.</p>	<p>Art. 169</p>
<p>Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</p> <p>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</p> <p>IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	<p>Art. 172</p>
<p>El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.</p>	<p>Art. 176</p>

## LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

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:

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, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Art. 50 Bis

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

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.

Art. 65

La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Art. 66

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

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.

Art. 68

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, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

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

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

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

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

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

Art. 68

<p>Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p> <p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

<p>Las Instituciones de Seguros sólo podrán realizar las operaciones siguientes:</p> <p>I. Practicar las operaciones de seguros, fianzas, reaseguro y reafianzamiento a que se refiera la autorización que exige esta Ley, sin aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 260, de este ordenamiento;</p> <p>II. Celebrar operaciones de Reaseguro Financiero, en términos de lo previsto en el artículo 120 de esta Ley;</p> <p>III. Constituir las reservas técnicas previstas en esta Ley;</p> <p>IV. Invertir las reservas técnicas, así como los demás recursos que mantengan con motivo de sus operaciones;</p> <p>V. Administrar las reservas retenidas a Instituciones de Seguros y a entidades aseguradoras del extranjero, correspondientes a las operaciones de reaseguro y reafianzamiento;</p> <p>VI. Dar en administración a las Instituciones de Seguros cedentes o a las entidades aseguradoras del extranjero, las reservas técnicas constituidas por primas retenidas, correspondientes a operaciones de reaseguro o reafianzamiento;</p> <p>VII. Efectuar inversiones en el extranjero para respaldar las reservas técnicas o en cumplimiento de otros requisitos necesarios, correspondientes a operaciones practicadas fuera del país;</p>	<p>Art. 118</p>
--	-----------------

VIII. Constituir depósitos en instituciones de crédito y en bancos del extranjero en los términos de esta Ley;

IX. Recibir títulos en descuento y redescuento, en términos de lo previsto en el artículo 125 de esta Ley;

X. Otorgar préstamos o créditos;

XI. Operar con valores, en los términos de las disposiciones de la presente Ley y de la Ley del Mercado de Valores;

XII. Realizar operaciones de préstamo de valores y reportos, en términos de lo previsto en el artículo 132 de la presente Ley;

XIII. Realizar Operaciones Financieras Derivadas, en términos de lo previsto en el artículo 133 de esta Ley;

XIV. Operar con documentos mercantiles por cuenta propia para la realización de su objeto social;

XV. Proporcionar de manera directa a las sociedades de inversión servicios de distribución de acciones, en los términos de la Ley de Sociedades de Inversión;

XVI. Adquirir, construir y administrar viviendas de interés social e inmuebles urbanos de productos regulares;

XVII. Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de su objeto social;

XVIII. Invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable;

XIX. Emitir obligaciones subordinadas, las cuales podrán ser no susceptibles de convertirse en acciones, o de conversión obligatoria en acciones, así como emitir otros títulos de crédito, en los términos previstos en el artículo 136 de este ordenamiento;

XX. Realizar operaciones mediante las cuales transfieran porciones del riesgo de su cartera relativa a riesgos técnicos al mercado de valores, en los términos previstos en el artículo 138 de esta Ley;

XXI. Administrar las sumas que por concepto de dividendos o indemnizaciones les confíen los asegurados o sus beneficiarios;

XXII. Administrar las reservas correspondientes a contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, a que se refiere el segundo párrafo de la fracción I del artículo 27 de esta Ley;

XXIII. Actuar como institución fiduciaria en negocios directamente vinculados con las actividades que les son propias. Al efecto, se considera que están vinculados a las actividades propias de las Instituciones de Seguros, los fideicomisos de administración en que se afecten recursos relacionados con el pago de primas por los contratos de seguros que se celebren. Asimismo, podrán actuar como institución fiduciaria en los fideicomisos de garantía a que se refiere la Sección Segunda del Capítulo V del Título Segundo de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, sujetándose a lo que dispone el artículo 85 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito. Asimismo, podrán actuar como institución fiduciaria en los fideicomisos de garantía a que se refiere la Sección Segunda del Capítulo V del Título Segundo de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, sujetándose a lo que dispone el artículo 85 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito.

Tratándose de Instituciones de Seguros autorizadas para practicar operaciones de vida, también se considerarán vinculados con las actividades que les son propias, los fideicomisos en que se afecten recursos relacionados con primas de antigüedad, fondos individuales de pensiones, rentas vitalicias, dividendos y sumas aseguradas, o con la administración de reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal, complementarias a las que establecen las leyes sobre seguridad social y de primas de antigüedad.

Art. 118

<p>En lo no previsto por lo anterior, a las Instituciones de Seguros fiduciarias les será aplicable lo establecido en la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.</p> <p>La Secretaría, oyendo la opinión del Banco de México y de la Comisión, podrá determinar mediante disposiciones de carácter general otros tipos de fideicomisos en los que podrán actuar como fiduciarias las Instituciones de Seguros;</p> <p>XXIV. Actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en el artículo 22 de esta Ley;</p> <p>XXV. Realizar las demás operaciones previstas en esta Ley, y</p> <p>XXVI. Efectuar las operaciones análogas y conexas que autorice la Secretaría oyendo la opinión de la Comisión y, en su caso, del Banco de México.</p>	<p>Art. 118</p>
<p>Las Instituciones de Seguros deberán enviar al domicilio que señalen en los contratos respectivos o al que posteriormente indiquen los asegurados o contratantes de operaciones de seguro con componentes de inversión, el estado de cuenta correspondiente a las operaciones y servicios con ellas contratadas, el cual será gratuito.</p> <p>Tratándose de la inversión de los recursos derivados de las operaciones de administración a que se refieren las fracciones XXI, XXII y XXIII del artículo 118 de esta Ley, las Instituciones de Seguros deberán enviar gratuitamente dichos estados de cuenta a las siguientes personas:</p> <p>I. A los mandantes de las operaciones a que se refieren las fracciones XXI y XXII del artículo 118 de este ordenamiento, y</p> <p>II. A los fideicomitentes y/o fideicomisarios, en los términos que se establezcan en los contratos de fideicomiso respectivos, en el caso de las operaciones previstas en la fracción XXIII del artículo 118 de la presente Ley.</p> <p>Se podrá pactar que, en sustitución de la obligación referida, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier medio que al efecto se acuerde entre ambas partes. Los estados de cuenta deberán emitirse por periodos que no excedan de tres meses.</p> <p>Los mencionados estados de cuenta deberán cumplir con los requisitos que establezca la Comisión mediante disposiciones de carácter general, previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.</p> <p>Las citadas disposiciones de carácter general, deberán considerar los aspectos siguientes:</p> <p>a) Claridad en la presentación de la información contenida en los estados de cuenta, que permita conocer los movimientos efectuados en un periodo previamente acordado entre las partes;</p> <p>b) La base para incorporar en los estados de cuenta, los rendimientos de las inversiones, las comisiones y demás conceptos que la Institución de Seguros cobre por la prestación del servicio u operación de que se trate, así como otras características del servicio;</p> <p>c) La información que deberán contener para permitir la comparación de las comisiones aplicadas en operaciones afines;</p> <p>d) Los datos de localización y contacto con la unidad especializada que en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros deben mantener, para efectos de aclaraciones o reclamaciones vinculadas con el servicio o producto de que se trate, así como los plazos para presentarlas, y</p> <p>e) Las demás que las autoridades competentes determinen, en términos de las disposiciones aplicables.</p> <p>La Comisión, de oficio o a solicitud de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, podrá ordenar modificaciones a los estados de cuenta que expidan las Instituciones de Seguros, cuando éstos no se ajusten a lo previsto en los incisos a) a d) de este artículo o en las disposiciones de carácter general que del propio precepto emanen.</p>	<p>Art. 207</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:

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;

Art. 276

<p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p> <p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.</p>	<p>Art.276</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>Art. 277</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>	Art. 277
---	----------

## XII. Registro

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros número CNSF-S0048-0024-2014 y CNSF-S0048-0027-2014 de fecha 10/01/2014.**

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a:

La **Unidad Especializada** de nuestra Compañía al teléfono: **800 633 9648** para aclaraciones y al **800 900 1292** para dudas, o visite **axa.mx**; o bien comunicarse a

**Condusef** al teléfono: **(55) 5448 7000** en la Ciudad de México y del interior de la República al: **800 999 8080** o visite la página **www.condusef.gob.mx**.



**Llámanos sin costo**  
**800 900 1292**  
**axa.mx**