

# condiciones generales

## Seguro Temporales Latino 2017 Moneda Nacional



## Índice

SECCIÓN PRIMERA .....	3
Definiciones Generales .....	3
SECCIÓN SEGUNDA .....	4
Cláusulas Generales .....	4
1. Contrato.....	4
2. Indisputabilidad. ....	4
3. Suicidio.....	4
4. Modificaciones. ....	4
5. Moneda. ....	4
6. Omisiones o declaraciones inexactas.....	4
7. Cambio por riesgo.....	5
8. Pago de primas. ....	5
9. Periodo de Gracia para el pago de primas. ....	5
10 Edad. ....	5
11. Beneficiarios.....	6
12. Cesión. ....	6
13. Rehabilitación.....	6
14. Cambio de plan. ....	7
15. Valores garantizados. ....	7
16. Formas opcionales de liquidación.....	7
17. Liquidación. ....	8
18. Prescripción. ....	8
19. Interés moratorio. ....	8
20. Competencia. ....	10
21. Comunicaciones.....	10
22. Notificación de comisiones.....	10
23. Identificación del cliente .....	10
24. Unidad Especializada de la Compañía .....	10
SECCIÓN TERCERA.....	11
COBERTURA BÁSICA .....	11
1. OBJETO DEL SEGURO .....	11
2. DESCRIPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA .....	11
3. AVISO DEL SINIESTRO.....	11
4. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	12
5. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO: .....	12
5. PAGO DEL SINIESTRO. ....	12
SECCIÓN CUARTA .....	13
Beneficio adicional de exención de pago de primas por invalidez (BIT) .....	13
Beneficio adicional de indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros (MAPO) .....	14
Incapacidad permanente total con pago de la suma asegurada (IPSA) .....	15
COBERTURA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES (Seguro acelerado).....	17



## SECCIÓN PRIMERA

### Definiciones Generales

#### **Contratante.**

Persona física o moral señalada en la Póliza que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceros, la cual se obliga a efectuar el pago de las Primas correspondientes al seguro. El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea diferente, se hará constar en la Póliza su consentimiento.

#### **Asegurado.**

Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza.

#### **Beneficiario.**

Persona o personas que, por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

#### **Compañía.**

La Latinoamericana Seguros, S.A.

#### **Póliza o Contrato de Seguro.**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

#### **Solicitud de Seguro.**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y/o Asegurado.

#### **Endoso.**

Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

#### **Prima.**

Cantidad que deberá pagar el Contratante del seguro como condición para mantener vigente la Póliza, cuyo monto se señala en la carátula de la Póliza.

#### **Suma Asegurada.**

Cantidad establecida en la carátula de la Póliza por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

#### **Periodo de Gracia.**

Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

### **Periodo de Espera**

Plazo determinado en la carátula de la póliza en el cual no se amparan los riesgos que específicamente se señalen en estas condiciones generales con periodo de espera.

### **Recibo de Pago.**

Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

### **Fecha de Inicio de Vigencia.**

Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

### **Fecha de Término de Vigencia.**

Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

## **SECCIÓN SEGUNDA**

### **Cláusulas Generales**

#### **1. Contrato.**

Esta póliza, con sus anexos, la solicitud, el examen médico si lo hubiere, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro. Para efectos de las coberturas contratadas, el plazo del seguro se iniciará a las cero horas del día de la "Fecha Efectiva" y concluirá a las veinticuatro horas del día del vencimiento. Fecha Efectiva es en la que inician las vigencias de las coberturas de la póliza.

"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 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".

#### **2. Indisputabilidad.**

Las coberturas de este contrato serán indisputables desde el momento en que cumplan dos años contados a partir de la "fecha efectiva" o de la rehabilitación y, al efecto, la compañía renuncia al derecho para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado para la apreciación del riesgo al formular la respectiva solicitud o, en su caso, en el examen médico, o bien en el formulario de rehabilitación.

Cuando posteriormente a la fecha de vigencia o rehabilitación la compañía acepte la inclusión de algún beneficio adicional o aumento de suma asegurada, tales incrementos o riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su aceptación.

#### **3. Suicidio.**

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la "fecha efectiva" o de la rehabilitación de alguna cobertura, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, el pago único y total que hará la compañía por dicha cobertura, será el importe de la reserva matemática que corresponda en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

#### **4. Modificaciones.**

Las condiciones generales de la póliza y los demás acuerdos entre el Asegurado y la compañía, podrán modificarse, previo convenio de los mismos, los cuales deberán constar por escrito, a través de endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los Agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

#### **5. Moneda.**

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la compañía, se verificarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente.

#### **6. Omisiones o declaraciones inexactas.**

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los

conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. (Art.8, 9 y 10 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Art. 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

### **7. Cambio por riesgo.**

Este seguro se ofrece con base a lo declarado en la solicitud referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida del Asegurado. Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la compañía, en los términos del Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dentro de los 30 días naturales siguientes al acontecimiento del cambio. La compañía evaluará el nuevo riesgo y si procede, se ajustará la prima correspondiente.

En caso de fallecimiento del Asegurado, y éste no hubiere cumplido con lo establecido en el párrafo anterior y el cambio de circunstancias cuya declaración se omitió implicó una agravación del riesgo que haya influido en la realización del siniestro, la obligación de la Compañía se limitará al pago de la reserva matemática constituida en el momento del fallecimiento.

### **8. Pago de primas.**

El Asegurado deberá pagar anualmente, la prima estipulada para cada cobertura en la carátula de la póliza, desde la "fecha efectiva" y, durante el plazo de pago de primas establecido, o hasta la anualidad en que ocurra su fallecimiento, si esto sucediere antes. El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado del total de la prima anual a su cargo, en forma semestral, trimestral o mensual, mediante solicitud por escrito, venciendo la fracción de prima al inicio de cada período pactado.

Si el Asegurado optare por el pago fraccionado de la prima se aplicará a la misma la tasa de financiamiento pactada entre la Compañía y el Asegurado en el momento de celebrar el contrato. Los pagos de primas deberán ser hechos en las oficinas de la Compañía, a cambio de un recibo expedido por la misma, sin que medie requerimiento alguno. En cada fecha de vencimiento deberá pagarse, necesariamente, la prima correspondiente a todas y cada una de las coberturas contratadas en vigor, bajo el presente contrato.

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca el cargo por el pago de la prima del seguro contratado, hará prueba plena del pago, hasta en tanto La compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

### **9. Periodo de Gracia para el pago de primas.**

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 días naturales, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Continuarán en vigor las Coberturas correspondientes durante dicho plazo.

Si dentro del período de gracia ocurriese el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la parte faltante de la prima anual vencida que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el período de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

### **10 Edad.**

Para efectos de este contrato se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga en años completos cumplidos en el aniversario de la póliza. La edad declarada por el asegurado se comprobará legalmente ante la Compañía, la cual hará la anotación correspondiente en esta póliza, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este contrato son: 12 años cumplidos de edad como mínimo y 70 como máximo.

Si en vida del Asegurado al comprobar edad resulta:

- a) Que, al expedirse esta póliza, la edad verdadera del asegurado era mayor que la declarada; pero dentro de los límites de admisión para este plan, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad verdadera, conforme a la tarifa registrada en la fecha de la celebración del contrato.
- b) Que, al expedirse esta póliza, la edad verdadera del asegurado sea menor que la declarada; pero dentro de los límites de admisión para este plan, la suma asegurada no se modificará y la Compañía reembolsará la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria conforme a la edad verdadera del asegurado, en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores se reducirán de acuerdo con la edad verdadera y con la tarifa registrada en la fecha de la celebración del contrato.

Si después de muerto el Asegurado se confirma que la edad que manifestó en la solicitud era incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de edad para este plan, la Compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido comprar, de acuerdo con la edad verdadera y con la tarifa en vigor en la fecha de la celebración del contrato.

**Si al expedirse esta póliza, la edad verdadera del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión para este plan, el contrato quedará rescindido automáticamente y la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que hubiera y que corresponda a esta póliza en la fecha de su rescisión.**

#### **11. Beneficiarios.**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza, o duplicado legalmente expedido de la misma, para su anotación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y que la Compañía pague al último beneficiario que tenga registrado, quedará liberada de las obligaciones contraídas por este contrato. El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar de Beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia la haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene la Ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciera alguno de ellos antes que el Asegurado, la porción correspondiente se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación expresa en contrario del Asegurado.

El Beneficiario no adquiere ni transmite derecho alguno, si fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado, salvo que hubiese sido designado con carácter irrevocable, de acuerdo con la Ley.

Cuando no haya Beneficiario designado, la suma asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

En caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

En el caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no se hubiera hecho una nueva designación de beneficiario, la suma asegurada será pagada a la sucesión del Asegurado, salvo que se haya renunciado al derecho de revocar beneficiario.

#### **12. Cesión.**

Los derechos de este Contrato sólo podrán cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

#### **13. Rehabilitación.**

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de primas, o el mismo se haya convertido a Seguro Saldado el Asegurado podrá, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del plazo de gracia, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

Podrá ser rehabilitado en cualquier época, si el Asegurado lo solicitare por escrito y justificare su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a satisfacción de la Compañía. Al efectuarse la rehabilitación, el Asegurado deberá pagar la prima o primas en descubierto, los intereses por mora así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualesquiera otros documentos que se emita con posterioridad a dicho pago.

#### 14. Cambio de plan.

Cualquier plan de seguro en vigor bajo esta póliza, podrá ser cambiado en cualquier época a otro que en la fecha del cambio se emita en la Compañía. Para ejercer este derecho, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y encontrarse al corriente en el pago de primas.

En caso de que, por motivo del cambio, se aumentara el riesgo cubierto por el plan original, la Compañía podrá pedir pruebas de asegurabilidad satisfactorias antes de efectuarlo. El cambio será posible siempre que no se esté recibiendo beneficio alguno por la cobertura de invalidez, en caso de que la póliza contenga algún Beneficio proveniente de esta cobertura.

El cambio estará sujeto al pago de la cantidad que la Compañía fije como necesaria para efectuarlo. La obligación que tenga que satisfacer el Asegurado por el cambio, no será inferior a la diferencia entre la reserva matemática existente y la que se deba constituir para el nuevo plan en el momento de operar el cambio. Si el cambio se efectuase según el procedimiento de diferencia en primas, dicha diferencia se calculará conforme a las tarifas registradas para el nuevo plan ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y que en el momento de dicho cambio esté vigente, desde la fecha de vencimiento de las primas correspondientes hasta la fecha del cambio.

En el nuevo plan, la "fecha efectiva" no podrá ser anterior a la del plan que se cambie.

#### 15. Valores garantizados.

(operan a partir de temporales de 10 años en adelante)

A partir de la primera fecha de aniversario que se especifica en la tabla de valores garantizados que se anexan para cada plan, el Asegurado podrá hacer uso de uno de los valores estipulados, que a continuación se describen.

En la anualidad anterior a la primera fecha especificada, se tendrá derecho al valor en efectivo al completarse el pago de la anualidad en curso, siendo el valor en efectivo igual al primero que se especifica en la tabla de valores garantizados, descontándose intereses por el tiempo comprendido entre la fecha de cálculo y la siguiente fecha de aniversario. Para los efectos de esta póliza, el valor en efectivo será la suma de los valores en efectivo de cada plan. El valor en efectivo de un plan, en una fecha de aniversario dada, es el que se indica bajo la columna de valor en efectivo. El valor en efectivo en una fecha diferente a la de aniversario se determinará mediante una interpolación lineal entre los valores en efectivo inmediatos anterior y posterior, más la " prima neta" no devengada que existiere en la fecha del cálculo.

- a) **Seguro saldado.** En cualquier fecha de aniversario de las indicadas en la tabla de valores garantizados, el Asegurado podrá solicitar que el plan correspondiente continúe en vigor durante todo el plazo del seguro original, sin más pago de primas, por una suma asegurada igual a la que se indica bajo la columna de Seguro Saldado, en la línea correspondiente a la fecha deseada. Para hacer uso de este derecho, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito, dentro del período de gracia a que se refiere la cláusula 9, y remitir la póliza para su anotación. El importe del seguro saldado será pagado en las mismas condiciones del plan original.
- b) **Valor de rescate.** Mediante entrega de esta póliza para su cancelación, el Asegurado podrá rescatarla por su valor en efectivo, deduciéndose cualquier adeudo derivado del presente contrato.

#### 16. Formas opcionales de liquidación.

El Asegurado, o la persona que legalmente tenga derecho al cobro de las cantidades derivadas de esta póliza, pueden solicitar que le sean liquidadas de acuerdo con las siguientes opciones:

- a) **Pagos a plazo determinado.** Una renta mensual o anual durante un número determinado de años de acuerdo al programa de pagos establecido por el asegurado o por su beneficiario. El primer pago se efectuará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza. Los pagos que, por fallecimiento del asegurado o del beneficiario de las rentas no hayan sido cubiertos, se liquidarán en el caso del asegurado a la sucesión del mismo en caso de que no haya designación de beneficiarios, y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes. En el caso de esta opción, los cálculos correspondientes se efectuarán con una tasa de interés no menor del 4% anual.
- b) **Renta vitalicia.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y que continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de la renta. Toda obligación de la Compañía, terminará al ocurrir el fallecimiento del asegurado o del beneficiario.
- c) **Renta vitalicia a 10 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas debiendo cubrirse cuando menos ciento veinte pagos. Si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las ciento veinte rentas a que queda obligada la Compañía, las que falten se liquidarán, en el caso del

asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.

- d) **Renta vitalicia a 20 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas, debiendo cubrirse cuando menos doscientas cuarenta si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las doscientas cuarenta rentas a que queda obligada la Compañía, las que faltaren se liquidarán en el caso de asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios, y en el caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.

Los procedimientos de cálculos serán los registrados para el efecto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### 17. Liquidación.

Al efectuarse la liquidación de este contrato, se deducirá del importe que la Compañía deba pagar, cualquier adeudo derivado del mismo.

### 18. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

Cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

En todos los casos, los plazos serán contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

### 19. Interés moratorio.

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV.** Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V.** En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI.** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

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

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

## 20. Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o ante 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 los 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.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los términos de lo dispuesto en el Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

## 21. Comunicaciones.

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de La Latinoamericana en su domicilio social. Las que ésta haga al Asegurado o a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

## 22. Notificación de comisiones.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución 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.

La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## 23. Identificación del cliente

Conforme a la disposición tercera transitoria de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas mediante la cual se establece que seguirán vigentes las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 Ley General de Instituciones Mutualistas de Seguros hasta en tanto no sean dictadas las relativas al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación del día cuatro de abril del dos mil trece. El Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

## 24. Unidad Especializada de la Compañía

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de la Compañía ubicada en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, Piso 8, Col. Centro, en horario de 8:00 a 18:00 horas de lunes a jueves y de las 8:00 hasta las 15:00 horas los viernes, o a los teléfonos 5521 8055 o 01 800 010 0528 donde recibirán la atención para la aclaración de dudas.

## SECCIÓN TERCERA

### COBERTURA BÁSICA

#### 1. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado y se cumpla con lo establecido en el apartado de comprobación del siniestro.

#### 2. DESCRIPCION DEL SEGURO DE VIDA

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que éste fallezca mientras el Contrato de Seguro esté vigente. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

La indemnización correspondiente podrá ser liquidada de acuerdo con las siguientes opciones:

- a) **Pagos a plazo determinado.** Una renta mensual o anual durante un número determinado de años de acuerdo al programa de pagos establecido por el asegurado o por su beneficiario. El primer pago se efectuará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza. Los pagos que, por fallecimiento del asegurado o del beneficiario de las rentas no hayan sido cubiertos, se liquidarán en el caso del asegurado a la sucesión del mismo en caso de que no haya designación de beneficiarios, y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes. En el caso de esta opción, los cálculos correspondientes se efectuarán con una tasa de interés no menor del 4% anual.
- b) **Renta vitalicia.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y que continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de la renta. Toda obligación de la Compañía, terminará al ocurrir el fallecimiento del asegurado o del beneficiario.
- c) **Renta vitalicia a 10 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas debiendo cubrirse cuando menos ciento veinte pagos. Si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las ciento veinte rentas a que queda obligada la Compañía, las que faltan se liquidarán, en el caso del asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.
- d) **Renta vitalicia a 20 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas, debiendo cubrirse cuando menos doscientas cuarenta si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las doscientas cuarenta rentas a que queda obligada la Compañía, las que faltaren se liquidarán en el caso de asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios, y en el caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.
- e) Los procedimientos de cálculos serán los registrados para el efecto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

#### 3. RENOVACION DEL SEGURO:

**La compañía renovará el contrato de seguro cuando se trate de un seguro temporal a 5 años, sin requisitos de asegurabilidad, hasta la edad de 55 años, la renovación del seguro se entenderá por prorrogada en cuanto a su vigencia, respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató al inicio.**

**La Compañía informará al Contratante o al Asegurado, con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima, deducible, franquicia (en caso de que aplique esta última) o coaseguro aplicables a la misma.**

**Esta Póliza se considerará renovada por períodos de igual duración al contratado, si dentro de los últimos 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado no da aviso a la Compañía por escrito, de su voluntad de que no sea renovada.**

**Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado y/o contratante.**

**El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido autenticado a través de la factura electrónica correspondiente se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.**

**Acorde al plazo del seguro temporal contratado los cuales podrán ser de 5 a 25 años y a edad alcanzada de 60 a 65 años.**

#### **4.- AVISO DEL SINIESTRO.**

El Contratante y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

#### **5. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.**

El Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir a los Beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

#### **6. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO:**

- A) Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
- B) Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- C) Acta de Defunción (copia certificada).
- D) Acta de Nacimiento del Asegurado actualizada con no más de tres meses de antigüedad (copia certificada), o en su caso la Clave Única de Registro de Población (CURP).
- E) Acta de Nacimiento de los Beneficiarios actualizada con no más de tres meses de antigüedad (copia certificada).
- F) Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- G) Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- H) Identificación de los Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- I) Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- J) En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
- K) Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

La compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

#### **7. PAGO DEL SINIESTRO.**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza, y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de la Póliza

La indemnización correspondiente podrá ser liquidada de acuerdo con las siguientes opciones:

- a) **Pagos a plazo determinado.** Una renta mensual o anual durante un número determinado de años de acuerdo al programa de pagos establecido por el asegurado o por su beneficiario. El primer pago se efectuará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza. Los pagos que, por fallecimiento del asegurado o del beneficiario de las rentas no hayan sido cubiertos, se liquidarán en el caso del

asegurado a la sucesión del mismo en caso de que no haya designación de beneficiarios, y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes. En el caso de esta opción, los cálculos correspondientes se efectuarán con una tasa de interés no menor del 4% anual.

b) **Renta vitalicia.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y que continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de la renta. Toda obligación de la Compañía, terminará al ocurrir el fallecimiento del asegurado o del beneficiario.

c) **Renta vitalicia a 10 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas debiendo cubrirse cuando menos ciento veinte pagos. Si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las ciento veinte rentas a que queda obligada la Compañía, las que falten se liquidarán, en el caso del asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios y en caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.

d) **Renta vitalicia a 20 años ciertos.** Una renta mensual que se iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de esta póliza y continuará durante la vida del asegurado o del beneficiario de las rentas, debiendo cubrirse cuando menos doscientas cuarenta si el asegurado o el beneficiario de las rentas falleciera antes de haber recibido las doscientas cuarenta rentas a que queda obligada la Compañía, las que faltaren se liquidarán en el caso de asegurado a la sucesión del mismo en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes en caso de no haber designación de beneficiarios, y en el caso de fallecimiento del beneficiario, a su sucesión.

Los procedimientos de cálculos serán los registrados para el efecto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Compañía tendrá derecho de compensar las Primas que se le adeuden.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación de conformidad con lo dispuesto por el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

## SECCIÓN CUARTA

### Beneficios Aplicables sólo en caso de estar contratados

#### Beneficio adicional de exención de pago de primas por invalidez (BIT)

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

Si durante la vigencia de la póliza se comprueba que el Asegurado sufre de una invalidez total y permanente por enfermedad o accidente, la Compañía eximirá al Asegurado del cien por ciento del pago de primas, manteniendo la póliza por su valor total.

#### Definición de invalidez total y permanente.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de espera establecido en la carátula de la póliza.

#### Causas inmediatas de invalidez

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez, y no operará el periodo de espera en: La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

#### Bases para considerar que un dictamen tiene plena validez.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y

especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, se dejarán a salvo los derechos del asegurado para hacerlos valer ante la autoridad competente que considere.

El beneficio de exención de pago de primas, comenzará a surtir efecto con la prima que venza después de la fecha en que al Asegurado se le haya diagnosticado el estado de invalidez

Cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, la Compañía podrá exigir comprobación de que continúa el estado de Invalidez Total del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación o aparece que ha cesado el estado de Invalidez Total, cesará el beneficio que concede esta cláusula, debiendo el Asegurado reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que esto ocurra.

**Los beneficios de esta cláusula no se concederán si la invalidez es provocada por el propio asegurado o a consecuencia de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones, también si la invalidez es sufrida por culpa grave del asegurado, al encontrarse bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.**

Al cumplir el Asegurado 60 años de edad, y a partir de la siguiente fecha de aniversario de expedición de la póliza, automáticamente dejará de tener validez esta cláusula, a no ser que ya esté disfrutando de sus beneficios.

Asimismo, esta cláusula dejará de tener validez automáticamente, al acogerse el Asegurado a la opción de seguro saldado de la póliza.

El Asegurado en cualquier momento, podrá pedir la terminación de esta cláusula, solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para efectuar su cambio.

Al cesar el derecho a los beneficios de esta cláusula, se suspenderá el pago de la prima correspondiente.

### **Beneficio adicional de indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros (MAPO)**

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

En caso de accidente que ocasione la muerte o la pérdida de miembros del Asegurado, la Compañía pagará una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. La indemnización total, o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida se debe exclusivamente a lesión o lesiones corporales sufridas por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, ajena a la voluntad del Asegurado y cuando la muerte o pérdida ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

**No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte causadas intencionalmente por el Asegurado.**

El pago relativo al inciso "a" se hará al o a los beneficiarios designados en la póliza, y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado, de acuerdo con la siguiente tabla.

Por la pérdida de:	% de la Indemnización Básica
a) La vida	100
b) Ambas manos, o ambos pies o la vista de ambos ojos.	100
c) Una mano y un pie	100
d) Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100
e) Una mano o un pie	50
f) La vista de un ojo	30
g) Un dedo pulgar	15
h) Un dedo índice	10

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de una mano, su separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas, cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

### **Exclusiones**

**Las indemnizaciones contenidas en esta cláusula no se concederán si la muerte del Asegurado, o la pérdida que sufra, son consecuencia directa de:**

- a) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas directamente por las lesiones a que esta cláusula se refiere;**
- b) Infecciones, exceptuando las que sobrevengan como consecuencia directa de la lesión accidental;**
- c) Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental;**
- d) Homicidio intencional derivado de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales;**
- e) Lesión producida en riña con provocación por parte del Asegurado;**
- f) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas imprudentemente por el Asegurado, bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión;**
- g) Suicidio (consciente o inconsciente) o conato de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;**
- h) Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones;**
- i) Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el propio Asegurado;**
- j) Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo que participe en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad;**
- k) Navegación aérea, excepto si el Asegurado viajare como pasajero en una aeronave registrada para transporte de pasajeros, con certificado de aeronavegabilidad en vigor, en vuelo efectuado con sujeción a las leyes o reglamentos respectivos, tripulada por persona con licencia de piloto válida para conducirla.**

Prima.

Esta cláusula se concede mediante el pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la póliza a la que se adiciona. El Asegurado en cualquier momento, podrá pedir su cancelación solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para efectuar su cambio.

La cancelación del contrato contenido en la póliza, traerá consigo la de la presente cláusula, que también cesará en sus efectos.

**Esta cláusula se cancelará automáticamente al término del plazo del seguro estipulado, o en el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, cesando la obligación del pago de las primas correspondientes.**

**Incapacidad permanente total con pago de la suma asegurada (IPSA)**

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

### **Beneficio**

Si dentro del plazo de seguro estipulado en la póliza para este beneficio, el Asegurado se incapacita total y permanente, a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía le pagará la suma asegurada contratada específicamente para este beneficio, en una sola exhibición.

La Compañía pagará la suma asegurada a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla seis meses de invalidez total y continua, siempre que se haya comprobado que el estado de invalidez es total y permanente.

Si el Asegurado fallece antes de recibir el pago de la suma asegurada, ésta se liquidará a los beneficiarios designados con lo que quedará extinguida toda obligación de la Compañía por este beneficio.

### **Condiciones**

Para tener derecho a los beneficios de esta cláusula será necesario: Que el Asegurado se haya invalidado antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que cumpla 60 años de edad, y que a su costa, presente a la Compañía pruebas de su incapacidad total y permanente.

### **Invalidez total**

Se entenderá por invalidez total:

- a) La pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida conjunta de una mano y de un pie, o la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos. Se entiende por pérdida de las manos y de los pies, respectivamente: La pérdida por separación o anquilosis de las articulaciones de la muñeca y del tobillo, o arriba de ellas.
- b) Si en alguna otra forma, ya sea por enfermedad o por accidente, el Asegurado se invalida de manera total y permanente para el desempeño de su trabajo habitual, o cualquier otro que pudiera producirle utilidad o remuneración, compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

### **Bases para considerar que un dictamen tiene plena validez.**

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

### **Exclusión**

**La suma asegurada para esta cláusula no se cubrirá en los siguientes casos:**

**Si la invalidez total y permanente:**

- a) **Es provocada intencionalmente por el propio Asegurado.**
- b) **Es consecuencia de actos de guerra, servicio militar, rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- c) **Se presenta en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad del Asegurado sea 60 años.**
- d) **Se presenta a causa de un accidente que ocurra mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero, en un avión de Compañía comercial de aviación, debidamente concesionada en viaje de itinerario regular.**
- e) **Si el Asegurado participa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, o en actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- f) **Si la invalidez es sufrida por culpa grave del Asegurado, bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando estén prescritas por algún médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.**
- g) **Si es resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- h) **Es a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

El Asegurado, en cualquier momento, podrá pedir la terminación de esta cláusula, solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para efectuar su cambio.

Al cesar el derecho a los beneficios de esta cláusula, se suspenderá el pago de la prima correspondiente.

### **COBERTURA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES (Seguro acelerado)**

**(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)**

Mediante esta cobertura y siempre que el asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, La Latinoamericana pagará el 25% de la suma asegurada contratada por fallecimiento, cuando el asegurado sufra una enfermedad de las citadas a continuación.

Al momento del pago de este beneficio la suma asegurada por fallecimiento, la prima y los valores de la póliza se reducirán al 75%.

Cuando este beneficio se pague, ya no se cubrirá cantidad alguna por esta cláusula.

Enfermedades Cubiertas:

- *Infarto al miocardio.*  
Se refiere a un ataque cardíaco también conocido como trombosis coronaria, se presenta cuando un área del músculo cardíaco muere o se lesiona debido a una inadecuada irrigación de sangre en un área por causa de un bloqueo de alguna de las arterias coronarias.
- *Embolia Cerebral.*  
Significa cualquier daño cerebral que produzca secuelas neurológicas, que durante más de 24 horas y que incluya daño, hemorragia y embolia en el tejido cerebral. Debe existir evidencia que indica la pérdida de la función de una zona cerebral.
- *Cáncer.*  
Es el crecimiento descontrolado de células anormales que han mutado de tejidos normales con potencial riesgo de diseminación a tejidos vecinos o a distancia. Incluye la leucemia y se excluye el cáncer de la piel que no sea melanoma.
- *Insuficiencia renal.*  
Se establece cuando, debido a una enfermedad renal, el asegurado requiere regularmente de diálisis peritoneal o hemodiálisis, o bien ha recibido un trasplante renal.
- *Bypass.*  
Cuando se realice cirugía arterio-coronaria a corazón abierto con bypass por enfermedad coronaria obstructiva para la aplicación de puentes.

#### **Exclusiones.**

**Este beneficio no se pagará cuando la enfermedad ya se hubiera presentado antes del inicio de esta póliza. (padecimiento preexistente).**

**Se definen los padecimientos preexistentes como aquellos:**

- I. **Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

- II. **Cuando la Latinoamericana cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o**
- III. **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;**

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de octubre de 2017, con el número CNSF-S0013-0317-2017/CONDUSEF-001261-03.**