Línea Tradicional 2015 Seguro Dotal Dólares-Vida Individual

Condiciones Generales

Octubre 2015

Contenido

SECCIÓN PRIMERA
Definiciones Generales

SECCIÓN SEGUNDA
Cláusulas Generales

1. Contrato de Seguro
2. Vigencia del Contrato
3. Moneda
4. Comunicación
5. Modificaciones
6. Aceptación del Contrato
7. Derecho de Conversión
8. Carencia de Restricciones
9. Omisiones o Inexactas Declaraciones
10. Edad
    11.1 Descuentos sobre la edad
11. Beneficiarios
12. Prima y Obligaciones de Pago
    13.1 Obligaciones de pago
    13.2 Cesación de los efectos del Contrato de Seguro por falta de pago
    13.3 Rehabilitación
    13.4 Lugar de pago
13. Terminación Anticipada del Contrato
14. Renovación
15. Prescripción
16. Competencia
17. Revelación de Comisiones
18. Unidad Especializada de la Compañía
19. Protección de Datos
20. Entrega de la Documentación Contractual al Contratante y/o Asegurado

SECCIÓN TERCERA
Especificaciones de la Cobertura

Cláusula 1ª

1. Cobertura Básica
   1.1 Beneficio por Fallecimiento
   1.2 Beneficio por Supervivencia
2. Valores Garantizados
   2.1 Seguro Saldado
   2.2 Seguro Prorrogado
   2.3 Valor en Efectivo o Rescate
3. Préstamo Automático
4. Préstamo Ordinario

Cláusula 2ª

Coberturas Adicionales

1. Coberturas de Invalidez Total y Permanente
   1.1. Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT)

1.2. Cobertura Adicional de Invalidez con Pago de Suma Asegurada por Accidente o Enfermedad (IPSA AE)
2. Cobertura por Accidente
2.1. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte Accidental (DI-MA)
2.2. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente (DI-MAPO)
2.3. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente Colectivo (DI-MAPOC)
3. Cobertura por Enfermedades Graves
3.1. Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (BAGE)
4. Anticipo sobre la Cobertura Básica - Dotal Beneficio por Fallecimiento
4.1. Cobertura Adicional de Pago Inmediato de Últimos Gastos (UG)
4.2. Cobertura Adicional de Anticipo por Enfermedades Graves (AEG)

Cláusula 3ª

Cláusulas Especiales

1. Cláusula Mancomunada

SECCIÓN CUARTA

Reclamaciones e Indemnizaciones

1. Obligaciones del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario
1.1 Aviso de Siniestro
1.2 Aviso a las Autoridades
1.3 En caso de reclamación
2. Indisputabilidad
3. Suicidio
4. Pago de la Indemnización
5. Indemnización por Mora
6. Pérdida del Derecho a ser Indemnizado

SECCIÓN QUINTA

Transcripción de los Artículos Contemplados en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Circular Única de Seguros y Fianzas y la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Condiciones Generales

La Latinoamericana, Seguros, S.A. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía) cubrirá, de conformidad con este Contrato de Seguro y durante la vigencia establecida en la carátula de la Póliza, a la(s) persona(s) descrita en la misma. Conviniendo expresamente la Compañía y el Contratante que las declaraciones hechas por el proponente y/o Contratante y/o Asegurado(s), las Condiciones Particulares y las presentes Condiciones Generales rigen al Contrato de Seguro celebrado entre las partes y que en todo lo no previsto, se aplicará la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en su defecto, las leyes mexicanas aplicables a la misma; prevaleciendo las Condiciones Particulares de la Póliza sobre las Condiciones Generales.

Es muy importante que el Contratante y el Asegurado exijan a su agente de seguros que le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Particulares de la Póliza.

SECCIÓN PRIMERA
Definiciones Generales

1. **Asegurado.**
   Persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza y que aparece señalada como tal en la carátula de la misma.

2. **Compañía.**
   La Latinoamericana Seguros, S.A.

3. **Beneficiario.**
   Persona física o moral a quien corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de esta Póliza.

4. **Contratante.**
   Persona física o moral que ha solicitado la celebración de este Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas con base en los datos e informes proporcionados, quien por tanto suscribe el Contrato de Seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado. En caso de que el Contratante sea persona diferente al Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la Póliza. El Contratante de la Póliza es la única persona que puede hacer uso de los derechos que otorga la cláusula denominada Valores Garantizados.

5. **Contrato de Seguro.**
   Acuerdo de voluntades celebrado entre la Compañía y el Contratante que está conformado por los siguientes documentos: solicitud de aseguramiento, tabla de valores garantizados (si el Plan los otorga), carátula de la Póliza, recibo de primas, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Endosos, cláusulas adicionales que en su caso se agreguen, y cualquier otro documento adicional entregado por o a la Compañía.

6. Enfermedad preexistente.

Para efectos de este contrato, se entenderá como tal, aquella que reúna alguno de los siguientes requisitos:

a) 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.

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

b) 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;

7. 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.

8. Póliza.

Significa este Contrato de Seguro, entendido este como el acuerdo de voluntades celebrado entre la Compañía y el Contratante que está conformado por los siguientes documentos: solicitud de aseguramiento, tabla de valores garantizados (si el Plan los otorga), carátula de la Póliza, recibo de primas, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Endosos, cláusulas adicionales que en su caso se agreguen, y cualquier otro documento adicional entregado por o a la Compañía.

9. Periodo de Gracia.

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

10. Periodo de espera.

Lapso predeterminado e ininterrumpido, que debe correr contado a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente por una institución o médico especialista a fin de que se reciban los beneficios del Seguro.

11. Prima.

Cantidad que deberá pagar el Contratante y/o asegurado a La Compañía como contraprestación por el riesgo que ésta asume y se encuentra establecida en la carátula de la póliza. La prima se compone de la suma de las primas de tarifa de acuerdo a cada una de las

coberturas contratadas, además de los derechos de emisión y el recargo por financiamiento del pago fraccionado si fuere el caso.

12. Recibo de primas.

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.

13. Suma Asegurada.

Cantidad elegida por el Contratante y/o Asegurado, establecida en la carátula de la Póliza o endosos correspondientes según sea el caso y es el límite de responsabilidad de la Compañía.

14. Vigencia.

Periodo de tiempo previsto en la póliza durante el cual surten efectos sus coberturas.

Solicitud de aseguramiento.- 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.

SECCIÓN SEGUNDA
Cláusulas Generales

1. Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades celebrado entre la Compañía y el Contratante que está conformado por los siguientes documentos: solicitud de aseguramiento, tabla de valores garantizados (si el Plan los otorga), carátula de la Póliza, recibo de primas, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Endosos, cláusulas adicionales que en su caso se agreguen, y cualquier otro documento adicional entregado por o a la Compañía.

2. Vigencia del Contrato

Cada una de las coberturas contratadas, bajo el presente Contrato de Seguro, inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza para la cobertura respectiva y continuará durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento.

3. Moneda

El Contrato de Seguro se contrata en dólares moneda de curso legal en los Estados Unidos de América.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se efectúen los pagos, conforme a la ley monetaria vigente.

4. Comunicación

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá enviarse a la Compañía por escrito, a su domicilio social, el cual está indicado en la carátula de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de la oficinas de la Compañía fuera diferente del que consta en la carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se dirigen al último domicilio que éste haya proporcionado a la Compañía para recibirlas.

5. Modificaciones

Cualquier modificación a este Contrato de Seguro se hará por acuerdo entre las partes, haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que se adherirán a este Contrato de Seguro. Por lo tanto, el agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la

Compañía, carecen de facultad para cambiar los términos de este Contrato de Seguro y para hacer renuncia a su contenido.

6. Aceptación del Contrato

(Artículo 25 de la Ley sobre el 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 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.

7. Derecho de conversión

El Contratante tendrá derecho a convertir este seguro a otra cobertura que emita la Compañía, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad.

La conversión de cobertura queda sujeta a lo siguiente:

a. La solicitud deberá ser recibida por la Compañía al menos dos años antes de la terminación del plazo del seguro.

b. La edad alcanzada por el Asegurado al momento del cambio no podrá ser mayor de 70 años.

c. La nueva cobertura será efectiva a partir de la fecha en que cese la cobertura anterior.

d. La nueva suma asegurada no podrá ser superior a la del seguro anterior, salvo que el Asegurado haya presentado a la Compañía pruebas de asegurabilidad y ésta las haya aceptado.

e. La prima se calculará de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha en que se lleve a cabo la conversión, incluyendo cualquier extraprima por salud u ocupación que la Póliza original hubiera tenido, y en caso de incremento en la suma asegurada, si los requisitos de asegurabilidad determinaran o reconsideran alguna, se deberá tomar en cuenta en dicho cálculo.

8. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna, por lo que no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes o género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación del seguro; sin perjuicio de lo estipulado en la Cláusula de Indisputabilidad.

9. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y Asegurado al formular la propuesta del seguro están obligados a declarar por escrito a la Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato.

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, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro; de conformidad con lo establecido en los artículos 8, 9, 10, 47, 50, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

10. Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado el número de años cumplidos en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

Las edades de aceptación para este seguro son de 15 a 70 años cumplidos.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse cuando así lo juzgue conveniente la Compañía, ya sea con fecha anterior o posterior al fallecimiento, en su caso. Una vez efectuada la comprobación de edad, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza y no tendrá derecho a exigir con posterioridad nuevas pruebas de la edad cuando tenga que pagar el siniestro por fallecimiento.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía; pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato de Seguro en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague 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 de Seguro;

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 de la fracción 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 de Seguro. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

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 esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de aceptación, los beneficios se cancelaran automáticamente en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que cumple la edad de cancelación, sin necesidad de declaración expresa por parte de la Compañía.

10.1 Descuento sobre la Edad

En la Cobertura Básica y las coberturas adicionales contratadas **(excepto la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves - BAGE)**, la Compañía aplicará los siguientes descuentos sobre la edad del Asegurado, siempre y cuando se trate de un riesgo que haya sido aceptado sin él pago de una extra prima y cumpla con los requisitos de asegurabilidad aplicables en cada caso.

En la carátula de la Póliza se indicará si la Póliza goza de este beneficio.

a. Mujer

Para determinar la prima y de los valores garantizados del Contrato de Seguro, a las mujeres se les otorgará un descuento de tres años con respecto a su edad real; de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b. No Fumador

Si como resultado de las declaraciones asentadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud de este seguro y conforme al procedimiento de selección de la Compañía, se califica al Asegurado como No Fumador, para determinar la prima y los valores garantizados del Contrato de Seguro, al Asegurado calificado como No Fumador se le otorgará un descuento de dos años con respecto a su edad real de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los asegurados gozarán de este descuento siempre y cuando persistan las circunstancias declaradas por el Contratante y/o Asegurado en la solicitud del seguro; en caso de presentarse cambios en las condiciones declaradas dentro de los dos (2) primeros años del Contrato de Seguro contados a partir de la fecha de expedición de la Póliza o de su última rehabilitación, el Contratante y/o Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía a más tardar en el siguiente aniversario de la Póliza. Transcurridos esos dos años la Póliza será indisputable.

La edad mínima, una vez aplicados los descuentos otorgados, no podrá ser menor a 18 años.

11. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito a la Compañía conforme a los términos de este Contrato de Seguro y siempre que no exista restricción legal para hacerlo o bien lo(s) haya designado con el carácter de irrevocable(s). En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por la Compañía, ésta pagará la suma asegurada a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Beneficiario Irrevocable
El Asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al Beneficiario y a la Compañía. Para que

esa renuncia produzca sus efectos deberá hacerse constar tal circunstancia en la Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y posteriormente no podrá cambiarse, excepto que el Beneficiario así designado de su consentimiento por escrito.

Falta de Designación
Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Si existiendo varios Beneficiarios designados uno de ellos fallece, el porcentaje correspondiente a dicha parte fallecida se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencia:
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 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.

12. Prima y Obligaciones de Pago

12.1. Obligaciones de pago

a. La prima total de la Póliza es la que aparece en la carátula de la Póliza, y se integra por la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas, más los gastos de expedición de la Póliza.

b. La prima total vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

c. El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, para liquidar el pago total de la prima o fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho periodo. Las fracciones de primas subsecuentes, en su caso, deberán ser liquidadas en igual término, es decir dentro de los 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia de cada periodo cubierto por dicha fracción de prima, en caso contrario, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente en los términos indicados.

d. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán dentro de los 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia de cada periodo cubierto por dicha fracción de prima, en este caso se

aplicará la tasa de financiamiento vigente en el momento de contratación de la Póliza, la cual la Compañía le dará a conocer por escrito al Contratante.

e. En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Beneficiario el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

12.2. Cesación de los efectos del Contrato de Seguro por falta de pago

Si no hubiere sido pagada el total de la prima o la fracción de ella, dentro del plazo a que se refiere el numeral 13.1, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

12.3. Rehabilitación

Si este Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos por la falta de pago de primas en los términos de este Contrato de Seguro, el Contratante y/o Asegurado podrá rehabilitarlo en cualquier momento dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, si se cumplen los siguientes requisitos:

a. Solicitud por escrito del Contratante y/ Asegurado a la Compañía.
b. Informe del estado de salud del Asegurado firmado por el mismo o por su representante legal, en el formato establecido y proporcionado por la Compañía.
c. Comprobación por parte del Asegurado, a su costa, de que goza de buena salud al presentar a la Compañía la propuesta de rehabilitación.
d. Pago del Contratante a la Compañía de las primas y deudas insolutas derivadas de este Contrato de Seguro, desde la fecha en que hubiere cesado en sus efectos el contrato hasta su rehabilitación, así como los costos de rehabilitación que se fijen para estos efectos.

La rehabilitación a la que se refiere ésta cláusula la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, o en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las 00:00 horas de la fecha de pago.

12.4. Lugar de pago

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria que el Contratante haya autorizado, y en la periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, y no se pueda realizar el cargo de prima correspondiente dentro de los periodos pactados por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta bancaria que le indique esta última. El comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento del pago de la prima. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible, o cualquier situación similar atribuible al Contratante que tenga como consecuencia que la Compañía no pueda hacer el cargo

de la prima correspondiente en dicha tarjea de crédito, débito o cuenta bancaria. En caso de que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta en tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

13. Terminación Anticipada del Contrato

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, por alguna de las siguientes causas:

a. Con el pago que proceda por el fallecimiento del Asegurado;
b. Por la liquidación del valor de rescate que corresponda de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Valores Garantizados;
c. Por lo establecido en las cláusulas de Préstamo Automático y Préstamo Ordinario;
d. El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, dentro de los treinta días naturales posteriores a la mencionada fecha. La devolución se realizará mediante cheque certificado y para el caso en que en la solicitud de cancelación se proporcionen los datos bancarios para Transferencia Interbancaria, se realizará por este medio; o
e. A falta de pago de la prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las doce (12) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.

14. Renovación

El Asegurado tendrá derecho a renovar su Póliza, por esta u otra que emita la Compañía en la fecha de efectividad de la renovación, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad siempre y cuando:

a) El estado de salud y hábitos del Asegurado no hayan cambiado;
b) La edad real a la fecha de renovación se encuentre dentro de los límites de edad; y
b) La nueva suma asegurada no podrá ser superior a la correspondiente del seguro anterior, salvo que el Asegurado haya presentado a la Compañía pruebas de asegurabilidad y ésta las haya aceptado.

En cada renovación, la prima se determinara de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha de renovación y se aplicará la tarifa en vigor a la fecha en que se haga la renovación, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El derecho de este beneficio se cancela a los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento del seguro.

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

15. Prescripción

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

a) En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida; y
b) En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados en 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.

Los plazos indicados no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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.

Así mismo, la prescripción se interrumpirá no sólo por las causas establecidas en el párrafo anterior, sino también, en términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, por la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

16. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito, 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 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.

17. 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 diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

18. 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.

19. Protección de Datos

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, La Latinoamericana, Seguros, S.A., en concordancia con el consentimiento expreso otorgado para el tratamiento de sus datos personales, aun los sensibles, patrimoniales y/o financieros, le comunicamos que los mismos serán tratados en los términos del AVISO de privacidad cuyo texto completo se encuentra publicado en la página www.latinoseguros.com.mx.

21. Entrega de la Documentación Contractual al Contratante y/o Asegurado

De conformidad con la Disposiciones 4.1.23 y 4.6.1 de la Circular Única de Seguros y Fianzas la Compañía entregará al Contratante y/o Asegurado la documentación contractual.
Dicha documentación contractual será entregada por escrito al Contratante y/o Asegurado.
No obstante lo anterior, la Compañía podrá entregar la documentación contractual en formato PDF vía correo electrónico si el Contratante y/o Asegurado manifiesta su consentimiento expreso y por escrito para que así le sea entregada la documentación contractual.

SECCIÓN TERCERA
Especificaciones de la Cobertura

La Compañía se obliga a brindar al Asegurado la protección y cobertura por los beneficios amparados en la Carátula de la Póliza, al verificarse la eventualidad prevista, a cambio del pago de la prima convenida, a partir del momento en que el Contratante tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y durante la vigencia de la misma.

Cláusula 1ª
Cobertura Básica-Dotal

1. Cobertura

1.1. **Beneficio por Fallecimiento**- En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, al Beneficiario o Beneficiarios designados o a falta de designación o por muerte de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de la Póliza para este beneficio de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

1.2. **Beneficio por Supervivencia**- En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento de la Póliza, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, al Asegurado el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de la Póliza para este beneficio de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza.

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

2. Valores Garantizados

Son los distintos usos que se le pueden dar a la parte de la reserva a la que tiene derecho el Contratante. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado y el número de años de primas pagadas. Después de que el Contratante haya cubierto las primas correspondientes y que haya transcurrido el número de años mínimo indicados en la tabla de valores garantizados respectiva, el Contratante podrá hacer uso de alguno de los derechos que se describen posteriormente.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada valor garantizado, el Contratante deberá solicitar por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de la prima no pagada, la opción escogida remitiendo esta Póliza para su anotación, en cuyo caso todas las coberturas adicionales incluidas en la Póliza se cancelan automáticamente y no producirán efecto legal alguno.

Si en la fecha de solicitud del valor garantizado escogido, la Póliza se encuentra gravada con alguna deuda, ésta deberá ser liquidada a la Compañía, o bien se reducirá el importe de la opción a la que pudiera pagarse con la diferencia entre el valor en efectivo disponible y el adeudo derivado de esta Póliza.

2.1. **Seguro Saldado.** La Compañía reducirá suma asegurada conforme se estipula en la tabla de valores garantizados, manteniendo el plazo originalmente contratado, sin más pago de primas. En caso de fallecimiento o supervivencia del Asegurado, la Compañía pagará el importe de suma asegurada correspondiente al seguro saldado de acuerdo a los términos y condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

2.2. **Seguro Prorrogado.** Mantiene el plan en vigor sin más pago de primas, por la suma asegurada vigente a la fecha de conversión durante el período de tiempo que marca la tabla de valores garantizados.
Si en la tabla de valores garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, ésta será pagada al Contratante en caso de supervivencia del Asegurado al final del periodo del seguro prorrogado.

2.3. **Valor en Efectivo o Rescate.** El Contratante podrá obtener como valor en efectivo de este plan la cantidad que aparece en la tabla de valores garantizados, de acuerdo con la edad de ingreso al seguro y el número de años que la Póliza haya estado en vigor.
Si el Contratante cubre la prima en pagos fraccionados, el valor en efectivo o rescate se calculará tomando en cuenta las parcialidades pagadas y el tiempo transcurrido.
En cualquier momento el Contratante podrá obtener como valor en efectivo del seguro saldado o del seguro prorrogado, el 80 % de la reserva matemática que corresponda.

3. Préstamo Automático

Si el Contratante dejare de cubrir la prima, o una parcialidad de la misma, dentro de los plazos establecidos en el Contrato de Seguro, la Compañía otorgará de forma automática préstamos al Contratante por el importe de la prima, sin necesidad de solicitud alguna de su parte y sujeto a la cláusula de Préstamo Ordinario, siempre que los préstamos existentes, la prima aplicada al préstamo y los intereses correspondientes no excedan al valor en efectivo disponible a que tuviere derecho el Contratante.

Cuando el valor en efectivo disponible de la Póliza sea menor al total del adeudo, conformado con base en lo mencionado en el párrafo anterior, esta Póliza continuará en vigor por los días que dicho valor en efectivo disponible alcance a amparar.

Si transcurrido el número de días a que se refiere al párrafo anterior, el Contratante no paga la prima, cesarán los efectos de este Contrato de Seguro así como las obligaciones que la Compañía haya contraído con él, sin necesidad de declaración especial, resolución o notificación judicial de ninguna índole.

4. Préstamo Ordinario

El Contratante tendrá derecho a solicitar, y la Compañía a otorgar préstamos sobre su Póliza por cualquier cantidad, que sumados todos los préstamos no excedan el valor en efectivo de la Póliza. Los préstamos causarán intereses según la tasa que fije la Compañía (y sea previamente notificada al Asegurado), la cual se determinará como el máximo entre el interés financiero de la

nota técnica y el interés obtenido derivado de las inversiones de la Compañía más un 1.0% por concepto de gasto de administración.

En el momento en que el adeudo iguale o supere al valor en efectivo, si el Contratante no liquida dicho préstamo, los efectos del contrato cesarán automáticamente, sin necesidad de notificación alguna.

Los adeudos contraídos por los préstamos serán deducidos por la Compañía en el momento de la liquidación de esta Póliza.

Cualquier adeudo podrá ser pagado en su totalidad en cualquier momento, siempre que la Póliza esté en vigor.

Cláusula 2ª
Coberturas Adicionales

Si el Contratante y/o Asegurado solicita el Rescate y/o Valor en Efectivo o la conversión a Seguro Saldado o Seguro Prorrogado, todas las coberturas adicionales incluidas en la Póliza se cancelan automáticamente y no producirán efecto legal alguno.

1. Coberturas de Invalidez Total y Permanente

1.1. Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT)

Esta cláusula aplica sólo si la cobertura está indicada en la carátula de la Póliza.

a. Cobertura

Si durante el periodo de cobertura de este beneficio, se comprueba que el Asegurado sufre de alguna enfermedad o accidente que le produzca una invalidez total y permanente, la Compañía eximirá al Asegurado del pago de primas de la cobertura básica dotal contratada y todas las coberturas adicionales incluidas en la Póliza se cancelarán automáticamente y no producirán efecto legal alguno, al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado.

El Asegurado tendrá la obligación de reanudar el pago de las primas de la cobertura básica dotal contratada, cuando ocurra cualquier de los siguientes eventos:

- **i.** Recuperación de su capacidad.
- **ii.** Cuando perciba ingresos derivados de su trabajo personal equivalentes o superiores a los que recibía antes de sufrir la invalidez total y permanente.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

b. Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considerará que existe invalidez total y permanente cuando:

a) Para el Asegurado que se encuentra desarrollando una actividad que le genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una enfermedad o accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su ingreso comprobable percibido durante el último año de trabajo;

b) Para el Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un accidente o enfermedad, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida;

c) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o 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;

d) Se presente en el Asegurado una incapacidad de carácter orgánico funcional ya sea por un accidente o enfermedad, (entendiéndose ésta como la limitación parcial o total de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas), que ocasiona la disminución parcial o total de las aptitudes físicas, intelectuales o mentales a tal grado que impiden al Asegurado realizar cualquier actividad remunerada de manera permanente.

e) A fin de determinar esta invalidez total y permanente, se requerirá que haya sido continua por un periodo de espera de seis meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o médico especialista. Este periodo de espera no aplica en los casos señalados en el inciso b).

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante el periodo de seis meses, no procederá el pago de los beneficios por invalidez con pago de suma asegurada por accidente o enfermedad (IPSA) o exención de pago de primas por invalidez (BIT).

Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de la mano, su separación completa o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación completa o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo, por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por sordera la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos. Se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido la anquilosis de estos miembros.

c. Bases para Considerar que un Dictamen de Invalidez Total y Permanente tiene Validez

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, 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, designado por la Compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

La Compañía con cargo a ésta tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez total y permanente. En caso de no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Si la enfermedad o accidente que provoque el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, podrá la Compañía declinar el siniestro si los tratamientos necesarios están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

d. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

d.1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
d.2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, insurrección o manifestaciones violentas en que participe el Asegurado en forma directa.
d.3. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
d.4. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.
d.5. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajara como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.
d.6. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
d.7. Lesiones que sufra el Asegurado mientras se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, charrería, esquí, tauromaquia, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel.
d.8. Enfermedades preexistentes.
d.9. Radiaciones atómicas.
d.10. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.
d.11. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

e. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

1.2. Cobertura Adicional de Invalidez con Pago de Suma Asegurada por Accidente o Enfermedad (IPSA AE)

Esta cláusula aplica sólo si la cobertura está indicada en la carátula de la Póliza.

a. Cobertura

Si durante el periodo de cobertura de este beneficio, el Asegurado sufre de alguna enfermedad o accidente que le produzca una invalidez totalmente y permanente, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, al Asegurado el importe de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para esta cobertura de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

b. Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considerará que existe invalidez total y permanente cuando:

a) Para el Asegurado que se encuentra desarrollando una actividad que le genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una enfermedad o accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su ingreso comprobable percibido durante el último año de trabajo;
b) Para el Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un accidente o enfermedad, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida;
c) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o 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;
d) Se presente en el asegurado una incapacidad de carácter orgánico funcional ya sea por un accidente o enfermedad, (entendiéndose ésta como la limitación parcial o total de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas), que ocasiona la disminución parcial o total de las aptitudes físicas, intelectuales o mentales a tal grado que impiden al Asegurado realizar cualquier actividad remunerada de manera permanente.
e) A fin de determinar esta invalidez total y permanente, se requerirá que haya sido continua por un periodo de espera de seis meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o médico especialista. Este periodo de espera no aplica en los casos señalados en el inciso b).

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante el periodo de seis meses, no procederá el pago de los beneficios por invalidez con pago de suma asegurada por accidente o enfermedad (IPSA) o exención de pago de primas por invalidez (BIT).

Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de la mano, su separación completa o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación completa o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella, por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por sordera la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos. Se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido la anquilosis de estos miembros..

c. Bases para Considerar que un Dictamen de Invalidez Total y Permanente tiene Validez

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, 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, designado por la Compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

La Compañía con cargo a ésta tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez total y permanente. En caso de no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Si la enfermedad o accidente que provoque el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, podrá la Compañía declinar el siniestro si los tratamientos necesarios están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

d. Modificación del Riesgo

En caso de que proceda el pago de alguna de las opciones contratadas por Pérdidas Orgánicas, se entiende que se ha producido una agravación esencial del riesgo, por tanto la Compañía evaluará el riesgo y en su caso cobrará una extraprima al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la pérdida orgánica del Asegurado.

e. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

e.1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
e.2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, insurrección o manifestaciones violentas en que participe el Asegurado en forma directa.
e.3. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

e.4. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.

e.5. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajara como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.

e.6. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

e.7. Lesiones que sufra el Asegurado mientras se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, charrería, esquí, tauromaquia, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel.

e.8. Enfermedades preexistentes.

e.9. Radiaciones atómicas.

e.10. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.

e.11. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

f. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

2. Cobertura por Accidente

2.1. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte Accidental (DI-MA)

Esta cláusula aplica sólo si la cobertura está indicada en la carátula de la Póliza.

a. Cobertura

Si el Asegurado muere a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura de este beneficio, siempre que la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, al Beneficiario o Beneficiarios designados o a falta de designación o por muerte de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte en la persona del Asegurado siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

b. Suma Asegurada

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada en la Cobertura Básica-Dotal.

c. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

d. Modificación del Riesgo

En caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios de las coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente, se entiende que se ha producido una agravación esencial del riesgo, por tanto la Compañía evaluará el riesgo y en su caso cobrará una extraprima al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado.

e. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la muerte se deba a:

e.1. Accidentes ocurridos al Asegurado efectuando actos delictivos intencionales.
e.2. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.
e.3. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
e.4. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas directamente por un accidente a que se refiere esta cobertura.
e.5. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
e.6. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.
e.7. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revolución, actos de insurrección o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.

e.8. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

e.9. Participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.

e.10. Participación en cualquier forma de navegación submarina.

e.11. Práctica amateur u ocasional de los siguientes deportes: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte marítimo, aéreo o extremo.

e.12. Práctica profesional de cualquier deporte.

e.13. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.

f. Pago de Indemnización por Siniestro

Al tramitarse la reclamación, los Beneficiarios deberán presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del Asegurado ocurrió estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas para esta cobertura.

2.2. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente (DI-MAPO)

Esta cláusula aplica sólo si la cobertura está indicada en la carátula de la Póliza y aplica únicamente la tabla de indemnizaciones especificada en la misma.

a. Cobertura

Si el Asegurado muere o sufre cualquiera de las pérdidas enumeradas en la Tabla de Indemnizaciones, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura de este beneficio, siempre que la muerte o las pérdidas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, en caso de:

i. muerte, al Beneficiario o Beneficiarios designados o a falta de designación o por muerte de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.

ii. pérdidas orgánicas, al Asegurado, una indemnización igual a la que resulte de aplicar el porcentaje indicado en la Tabla de Indemnizaciones a la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive o no sufre pérdidas orgánicas al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce lesiones en la persona del Asegurado, siempre y cuando éstas ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

Esta cobertura está limitada al monto de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio siempre que ésta se encuentre en vigor al momento de ocurrida la eventualidad. Cuando sean varias las pérdidas ocasionadas durante el periodo de cobertura, en uno o varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes hasta agotar la suma asegurada como límite máximo.

En la contratación de esta cobertura, sólo se otorga una de las dos escalas de indemnización, indicada en la carátula de la Póliza; en caso de duda o no estar claramente definida, se considera la Tabla de Indemnizaciones Escala A.

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes de la escala contratada a la suma asegurada correspondiente para esta cobertura.

Tabla de Indemnizaciones

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

Se entiende por pérdida de la mano, su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie, su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de él; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por sordera la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos. Se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido la anquilosis de estos miembros.

b. Suma Asegurada

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada en la Cobertura Básica-Dotal.

c. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

d. Modificación del Riesgo

En caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios de las coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente, se entiende que se ha producido una agravación esencial del riesgo, por tanto la Compañía evaluará el riesgo y en su caso cobrará una extraprima al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado.

e. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

e.1. Accidentes ocurridos al Asegurado efectuando actos delictivos intencionales.
e.2. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.
e.3. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
e.4. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas directamente por un accidente a que se refiere esta cobertura.
e.5. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
e.6. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.
e.7. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revolución, actos de insurrección o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.
e.8. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
e.9. Participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.

e.10. Participación en cualquier forma de navegación submarina.
e.11. Práctica amateur u ocasional de los siguientes deportes: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte marítimo, aéreo o extremo.
e.12. Práctica profesional de cualquier deporte.
e.13. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.

g. Pago de Indemnización por Siniestro

Al tramitarse la reclamación por muerte o por pérdidas orgánicas, los Beneficiarios o el Asegurado, respectivamente, deberán presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte o las pérdidas orgánicas del Asegurado, fueron sufridas estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas para esta cobertura.

2.3. Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente Colectivo (DI-MAPOC)

Esta cláusula aplica sólo si la cobertura está indicada en la carátula de la Póliza y aplica únicamente la tabla de indemnizaciones especificada en la misma.

a. Cobertura

Si el Asegurado muere o sufre cualquiera de las pérdidas enumeradas en la Tabla de Indemnizaciones, a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante el periodo de cobertura de este beneficio, siempre que la muerte o las pérdidas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, en caso de:

i. muerte, al Beneficiario o Beneficiarios designados o a falta de designación o por muerte de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.
ii. pérdidas orgánicas, al Asegurado, una indemnización igual a la que resulte de aplicar el porcentaje indicado en la Tabla de Indemnizaciones a la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive o no sufre pérdidas orgánicas al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte en la persona del Asegurado siempre y cuando ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

Así mismo, para efectos de esta cobertura se entiende por accidente colectivo:

i. Al accidentarse el vehículo en el cual viajare como pasajero, siempre y cuando sea de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra el pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros sujeta a itinerarios regulares;
ii. Al accidentarse el ascensor en el cual viajare como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicios público. **Quedan excluidos los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.**
iii. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Esta cobertura está limitada al monto de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio siempre que ésta se encuentre en vigor al momento de ocurrida la eventualidad. Cuando sean varias las pérdidas ocasionadas durante el periodo de cobertura, en uno o varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes hasta agotar la suma asegurada como límite máximo.

En la contratación de esta cobertura, sólo se otorga una de las dos escalas de indemnización, indicada en la carátula de la Póliza; en caso de duda o no estar claramente definida, se considera la Tabla de Indemnizaciones Escala A.

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes de la escala contratada a la suma asegurada correspondiente para esta cobertura.

Tabla de Indemnizaciones

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

Se entiende por pérdida de la mano, su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie, su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de él; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso

falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por sordera la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos. Se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido la anquilosis de estos miembros.

b. Suma Asegurada

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada en la Cobertura Básica-Dotal.

La Compañía duplicará el pago de la indemnización que establece esta cobertura, si la muerte del Asegurado es ocasionada por un accidente colectivo.

c. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

d. Modificación del Riesgo

En caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios de las coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente, se entiende que se ha producido una agravación esencial del riesgo, por tanto la Compañía evaluará el riesgo y en su caso cobrará una extraprima al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado.

e. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

e.1. Accidentes que no sean colectivos.
e.2. Accidentes ocurridos al Asegurado efectuando actos delictivos intencionales.
e.3. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.
e.4. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
e.5. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas directamente por un accidente a que se refiere esta cobertura.
e.6. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
e.7. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.

e.8. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revolución, actos de insurrección o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.

e.9. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

e.10. Participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.

e.11. Participación en cualquier forma de navegación submarina.

e.12. Práctica amateur u ocasional de los siguientes deportes: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte marítimo, aéreo o extremo.

e.13. Práctica profesional de cualquier deporte.

e.14. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoque.

h. Pago de Indemnización por Siniestro

Al tramitarse la reclamación por muerte o por pérdidas orgánicas, los Beneficiarios o el Asegurado, respectivamente, deberán presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte o las pérdidas orgánicas del Asegurado, fueron sufridas estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas para esta cobertura.

3. Cobertura por Enfermedades Graves

3.1. Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (BAGE)

a. Cobertura

La Compañía se obliga en caso de que el Asegurado sea diagnosticado con una de las enfermedades que a continuación se enumeran; y siempre que la enfermedad no haya sido preexistente al inicio de vigencia de la Póliza, y siempre y cuando haya transcurrido sesenta días naturales de vigencia ininterrumpida, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la esta cobertura o de su última rehabilitación, la Compañía pagará en cuatro exhibiciones mensuales, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, al Asegurado la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio.

Se entiende por Enfermedad Grave los casos que expresamente se indican a continuación:

a.1. Cáncer.

Definición. Presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia **(que no sea la leucemia crónica linfática). Excluye cáncer no-invasivo in situ, tumores como consecuencia del virus de**

inmunodeficiencia humana y cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia del cáncer. En todos los casos, será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológico o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

a.2. Cirugía arteria coronaria (bypass - 2 o más arterias).

Definición. Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloque, por medio de una revascularización bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. **Excluye la angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.**

a.3. Derrame e infarto cerebral.

Definición. Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de 24 horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, así como la embolia de una fuente extra-craneal.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnostico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico reversible o irreversible.

a.4. Infarto al miocardio.

Definición. Muerte de una porción del músculo cardiaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnostico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

- **i.** Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.
- **ii.** Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EKG y prueba de esfuerzo positiva.
- **iii.** Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- **iv.** SPECT de perfusión miocárdica.

a.5. Insuficiencia renal crónica.

Definición. Falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal. **Queda excluido el caso de periodos temporales de diálisis.**

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencia de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

a.6. Trasplante de órganos mayores.

Únicamente queda cubierto el Asegurado como receptor **se excluye al Asegurado como donador.**

Definición. La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (**se excluye el trasplante de islote de Langerhans**), como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

b. Suma Asegurada

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada en la Cobertura Básica-Dotal.

c. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

En caso de Enfermedad Grave, la cobertura paga al primer diagnóstico y cesan obligaciones y derechos, tanto de la Compañía como de los Asegurados.

Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

d. Modificación del Riesgo

En caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios de las coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente, se entiende que se ha producido una agravación esencial del riesgo, por tanto la Compañía evaluará el riesgo y en su caso cobrará una extraprima al finalizar el periodo de cobertura que corresponda a la última prima pagada por el Contratante en la fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado.

e. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la enfermedad se deba a:

e.1. Sida o presencia del virus VIH.
e.2. Leucemia Linfocítica crónica, cáncer de seno o matriz.
e.3. Tentativa de Suicidio o enfermedad intencionalmente causada sin importar el estado mental.
e.4. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
e.5. Enfermedades preexistentes y padecimientos congénitos.

e.6. Trasplantes que sean de procedimiento de investigación.

e.7. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes en que se involucre el Asegurado estando bajo los efectos del alcohol o algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.

e.8. Enfermedades causadas por riña o alborotos populares, siempre que el Asegurado sea el provocador.

f. Pago de Indemnización por Siniestro

El pago de la indemnización podrá ser liquidada al apoderado del Asegurado con la presentación de Carta Poder, estando con vida el Asegurado, en las oficinas de la Compañía.

Al tramitarse la reclamación, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, un diagnóstico médico definitivo , que cumpla con lo estipulado en las Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez, así como las pruebas necesarias para comprobar que el Asegurado padece una Enfermedad Grave cubierta en la presente cobertura adicional y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas para esta cobertura.

4. Anticipo sobre la cobertura básica-Dotal Beneficio por Fallecimiento

4.1. Cobertura Adicional de Pago Inmediato de Últimos Gastos (UG)

a. Cobertura

La Compañía se obliga, salvo restricción legal en contrario, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, a pagar a título de anticipo al Beneficiario designado para el Beneficio por Fallecimiento de la Cobertura Básica-Dotal que presente la Póliza y el certificado médico de defunción, hasta el diez por ciento (10%) de la suma asegurada del Beneficio por Fallecimiento de la Cobertura Básica-Dotal, a cuenta de la parte que de ésta les corresponda, siempre que el monto de la indemnización que le corresponda sea igual o mayor al pago que por esta cobertura tenga que realizar la Compañía.

En ningún caso el pago mencionado en el párrafo anterior será mayor a dos mil dólares de los Estados Unidos Americanos (2,000.00 dlls), ni mayor a la parte que del Beneficio por Fallecimiento le corresponda al Beneficiario reclamante.

El monto que por concepto de anticipo pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que el o los Beneficiarios tengan derecho.

En el caso de que la Póliza se encuentre grabada con Préstamo, éste se descontará de la suma asegurada y sobre el remanente que exista se otorgará el anticipo.

La Compañía se reserva el derecho de recuperar cualquier pago realizado por esta cobertura en caso de que, de acuerdo a las condiciones generales y/o particulares de la Póliza, el siniestro por muerte llegare a resultar improcedente.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

b. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

4.2. Cobertura Adicional de Anticipo por Enfermedades Graves (AEG)

a. Cobertura

La Compañía se obliga en caso de que el Asegurado sea diagnosticado como enfermo en la fase terminal con una de las enfermedades graves que a continuación se enumeran; y siempre que la enfermedad no haya sido preexistente al inicio de vigencia de la Póliza, y siempre y cuando haya transcurrido sesenta días naturales de vigencia ininterrumpida, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la esta cobertura o de su última rehabilitación, a pagar a título de anticipo al Asegurado, hasta el diez por ciento (10%) de la suma asegurada del Beneficio por Fallecimiento de la Cobertura Básica-Dotal.

En ningún caso el pago mencionado en el párrafo anterior será mayor a dos mil dólares de los Estados Unidos Americanos (2,000.00 dlls).

El monto que por concepto de anticipo pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que el o los Beneficiarios tengan derecho en la Cobertura Básica-Dotal.

En el caso de que la Póliza se encuentre grabada con Préstamo, éste se descontará de la suma asegurada y sobre el remanente que exista se otorgará el anticipo.

Definición de Enfermedad Grave en Fase Terminal

En la situación de enfermedad grave en fase terminal concurre una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son:

i. **Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.**
ii. **Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.**
iii. **Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.**
iv. **Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explicita o no, de la muerte.**
v. **Pronostico de vida inferior a 6 meses.**

Se entiende por Enfermedad Grave los casos que expresamente se indican a continuación:

a.1. Cáncer.

Definición. Presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia **(que no sea la leucemia crónica linfática).**

Excluye cáncer no-invasivo in situ, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana y cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia del cáncer. En todos los casos, será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológico o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

a.2. Cirugía arteria coronaria (bypass - 2 o más arterias).

Definición. Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. **Excluye la angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.**

a.3. Derrame e infarto cerebral.

Definición. Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de 24 horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, así como la embolia de una fuente extra-craneal.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnostico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico reversible o irreversible.

a.4. Infarto al miocardio.

Definición. Muerte de una porción del músculo cardiaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnostico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

- **i.** Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.
- **ii.** Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EKG y prueba de esfuerzo positiva.
- **iii.** Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- **iv.** SPECT de perfusión miocárdica.

a.5. Insuficiencia renal crónica.

Definición. Falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal. **Queda excluido el caso de periodos temporales de diálisis.**

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencia de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

a.6. Trasplante de órganos mayores.

Únicamente queda cubierto el Asegurado como receptor **se excluye al Asegurado como donador.**

Definición. La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (**se excluye el trasplante de islote de Langerhans**), como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez. El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Esta cobertura opera de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en estas condiciones generales y/o particulares de la Póliza. Al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

b. Cancelación

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía.

En caso de Enfermedad Grave en Fase Terminal, la cobertura paga al primer diagnóstico y cesan obligaciones y derechos, tanto de la Compañía como de los Asegurados.

c. Exclusiones

El beneficio de esta cobertura no se concederá cuando la enfermedad se deba a:

c.1. Sida o presencia del virus VIH.
c.2. Leucemia Linfocítica crónica, cáncer de seno o matriz.
c.3. Tentativa de Suicidio o enfermedad intencionalmente causada sin importar el estado mental.
c.4. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
c.5. Enfermedades preexistentes y padecimientos congénitos.
c.6. Trasplantes que sean de procedimiento de investigación.
c.7. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes en que se involucre el Asegurado estando bajo los efectos del alcohol o algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
c.8. Enfermedades causadas por riña o alborotos populares, siempre que el Asegurado sea el provocador.

d. Pago de Indemnización por Siniestro

Al tramitarse la reclamación, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el Procedimiento en Caso de Siniestro, un diagnóstico médico definitivo , que cumpla con lo estipulado en las Bases para considerar que un diagnóstico médico tiene validez, así como las pruebas necesarias para comprobar que el Asegurado padece una Enfermedad Grave terminal cubierta en la presente cobertura adicional y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas para esta cobertura.

Cláusula 3°
Cláusulas Especiales

1. Cláusula Mancomunada

Esta cláusula aplica sólo si está indicado en la carátula de la Póliza.

a. Definiciones

Asegurado Mancomunado. Segunda persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza, de acuerdo al funcionamiento de cada una de las coberturas descritas en el presente contrato.

b. Cobertura

En caso de contratarse en esta modalidad el seguro, la cobertura básica-Dotal y las coberturas adicionales contratadas aplicarán igual tanto para el Asegurado como para el Asegurado Mancomunado.

En la carátula de la Póliza o en el endoso correspondiente se hará constar el nombre del Asegurado Mancomunado.

Para el cálculo de la prima y de los valores garantizados, se tomará la edad del Asegurado Mancomunado y con base en la tabla de edades equivalentes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará la edad de equivalente para establecer la prima.

Todas las condiciones estipuladas en la Póliza son aplicables para ambos Asegurados (Asegurado y Asegurado Mancomunado); por tanto, cualquier requisito de asegurabilidad que se estipule aplicará para ambos, así como cualquier derecho deberá ser ejercido conjuntamente, excepto el uso y disposición de los Valores Garantizados, sobre los cuales solamente tiene derecho el Contratante.

En caso de ocurrir a cualquiera de los Asegurados (Asegurado y Asegurado Mancomunado) alguno de los riesgos cubiertos por este seguro, se cubrirá el primer evento, cancelándose la cobertura afectada; o el seguro en caso de fallecimiento.

c. Pago de indemnización por Siniestro

c.1. En caso de fallecimiento del Asegurado y Asegurado Mancomunado, se seguirán las siguientes reglas:

- **i. La Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca, quedando cancelado el seguro.**
- **ii. En caso de fallecimiento simultáneo, la Suma Asegurada del Beneficio de Fallecimiento de la cobertura básica-Dotal se distribuirá cincuenta por ciento entre los Beneficiarios de un Asegurado y el cincuenta por ciento para los Beneficiarios del otro.**

c.2. En caso de sufrir algunos de los eventos incluidos en la Póliza, cuya indemnización implique un pago al Asegurado:

- **i. La Compañía, una vez transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, pagará la suma asegurada al primero de los Asegurados que sufra alguno**

de los eventos cubiertos, cancelándose las coberturas correspondientes de acuerdo a lo estipulado en estas condiciones generales.

ii. **En caso de presentarse el evento cubierto de forma simultánea, la Suma Asegurada de las coberturas correspondientes se distribuirá cincuenta por ciento para un Asegurado y un cincuenta por ciento para el otro, después de transcurrir el Periodo de Espera correspondiente, cancelándose las coberturas correspondientes de acuerdo a lo estipulado en estas condiciones generales.**

SECCIÓN CUARTA
Reclamaciones e Indemnizaciones

1. Obligaciones del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario

En caso de siniestro, el Contratante o Asegurado o Beneficiario se obliga a:

1.1. Aviso de Siniestro

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 este contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de La Compañía. El asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar el aviso de siniestro a La Compañía conforme a lo establecido en los artículos. 66, 67, 68 y 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.2. Aviso a las autoridades
Presentar formal denuncia y/o querella ante el Ministerio Público, en aquellos casos en que las circunstancias bajo las cuales ocurrió el siniestros se hace necesario dar parte a la autoridad.

1.3. En caso de reclamaciones

El Contratante, Asegurado, Beneficiario o la sucesión del Asegurado en su caso, se obligan a proporcionar toda la información, datos y/o pruebas necesarios para resolver sobre cualquier reclamación que se hubiere presentado.

Requisitos para la atención en caso de reclamación:

La persona que presente la reclamación, deberá presentar los formatos de reclamación de la Compañía, mismos que se encuentran disponibles en la página de internet www.latinoseguros.com.mx; adicionalmente, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

a. En caso de fallecimiento del Asegurado:

- Carta notificación de fallecimiento.
- Declaración 1. Contestada íntegramente y firmada por él o los Beneficiarios preferentes y dos testigos que sean mayores de edad.
- Declaración 2. Contestada íntegramente y firmada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el Médico que atendió al Asegurado y dos testigos.
- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Acta de Nacimiento en original o copia certificada del Asegurado, actualizada con no más de tres meses de expedición.
- Fotocopia de identificación oficial del Asegurado con su firma.
- Fotocopia del CURP del Asegurado.
- En caso necesario, actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- A falta de designación de beneficiarios o bien en caso de muerte de los mismos: Resolución de la Sucesión Legal, el pago se hará a la sucesión del Asegurado, por lo que los interesados deberán promover juicio sucesorio a su costa, proporcionando a la Compañía en su oportunidad, el nombramiento de la persona designada.

- Los Beneficiarios deberán identificarse plenamente con documento con validez oficial, entregando a la Compañía fotocopia por ambos lados, comprobante de domicilio vigente (no mayor de tres meses) y contestar íntegramente la forma de Identificación del Cliente.
- Acta de Matrimonio cuando el Beneficiario sea su esposa y su designación haya sido hecha usando el apellido del Asegurado.
- Acta de Nacimiento de los Beneficiarios, cuando estos sean menores de edad, original y copia certificada.
- Acta de Defunción de los Beneficiarios, en caso de que alguno de ellos hubiere fallecido, original y copia certificada.

b. En caso de que el Asegurado sufriera cualquiera de las pérdidas orgánicas cubiertas:

- Solicitud de reclamación.
- Aviso de accidente.
- Actuaciones del Ministerio Público, incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- Fe de lesiones otorgada por el Médico Legista en el momento de reportarse al Ministerio Publico.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Informe del médico tratante.
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

c. En caso de que el Asegurado sufriera una invalidez cubiertas:

- Solicitud de reclamación.
- Aviso de accidente.
- Actuaciones del Ministerio Público, incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- Fe de lesiones otorgada por el Médico Legista en el momento de reportarse al Ministerio Publico.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Informe del médico tratante.
- Dictamen de invalidez total y permanente.
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico de invalidez.

d. En caso de que el Asegurado sufriera cualquiera de las Enfermedades Graves cubiertas:

- Solicitud de reclamación.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.

- Informe del médico tratante.
- Diagnóstico Médico de la enfermedad.
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico de la enfermedad.

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.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro del periodo de prescripción contado desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que la Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario autorizan expresamente a los médicos tratantes, clínicas, hospitales e instituciones públicas o privadas de salud, personas físicas o morales a proporcionar a la Compañía toda la información y documentos que tengan relación con el evento que se reclame o con el Asegurado.

La Compañía tendrá el derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

2. Indisputabilidad

Este Contrato de Seguro no será disputable después de dos (2) años de su inicio de vigencia continua o de su última rehabilitación, por 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, el Contratante y/o Asegurado solicite algún beneficio o cobertura adicional o incremento en la suma asegurada que hubieren sido aceptados por la Compañía, dicho beneficio o cobertura adicional, o incremento serán disputables durante los dos (2) primeros años a partir de la fecha de inicio de vigencia correspondiente. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

3. Suicidio

En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos (2) primeros años de vigencia contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente cubrirá, en un pago único y total, el importe de la reserva matemática que corresponda a este Contrato de Seguro, en la fecha en que ocurra el fallecimiento, menos cualquier saldo de prima o adeudo a la Compañía derivado del mismo.

En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de la suma asegurada, no estipulados originalmente en el Contrato de Seguro, el período de dos (2) años que se refiere el párrafo

anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza y/o hubiese sido aceptado el incremento de la suma asegurada por parte de la Compañía.

4. Pago de la Indemnización

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas, al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la Compañía por concepto de primas, préstamos o intereses que se deriven del presente Contrato de Seguro, serán deducidas al efectuarse la liquidación correspondiente. En caso de siniestro, la Compañía deducirá la parte de la prima del año en curso, hasta cubrir la anualidad completa.

Las cantidades pagaderas por la Compañía en virtud de este Contrato de Seguro, serán cubiertas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba toda la documentación solicitada y requerida para conocer las circunstancias que le permitan a la Compañía conocer el fundamento de la reclamación.

Cualquier pago que hubiere de realizar la Compañía en virtud de este Contrato de Seguro, lo hará en sus oficinas.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, por un reporte equívoco, obliga al Beneficiario o Asegurado a reintegrar de inmediato el pago hecho por la Compañía.

La indemnización será liquidada en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiere convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, como puede ser a través de:

a. Fideicomisos. El Contratante y/o Asegurado pueden contratar un fideicomiso para que la suma asegurada contratada sea liquidada de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Fideicomiso; u
b. Otra forma de liquidación ofrecida por la Compañía y acordada con el Asegurado en el momento de la contratación del seguro.

5. Indemnización por Mora

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 indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

6. Pérdida del Derecho a ser Indemnizado

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:
a. Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones de la Compañía

de acuerdo a lo establecido en los Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70, 77 y 204 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

b. Si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos.

c. Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

SECCIÓN QUINTA

Transcripción de los Artículos Contemplados en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Circular Única de Seguros y Fianzas y la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

ARTÍCULO 276. -Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de

captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no se a 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.

ARTÍCULO 277.- 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.

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.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.
Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- 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

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Artículo 68.- 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.

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.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

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;

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

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.

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.

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.

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.

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.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

ARTÍCULO 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

ARTÍCULO 49.- Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas, o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

ARTÍCULO 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I. - Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;

II. - Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;

III. - Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;

IV. - Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;

V. - Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

ARTÍCULO 51.- En caso de rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

ARTÍCULO 56.- Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado.

ARTÍCULO 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

ARTÍCULO 63.- La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

ARTÍCULO 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

ARTÍCULO 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

ARTÍCULO 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTÍCULO 70.- Las obligaciones de la empresa 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 excluirian o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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.

ARTÍCULO 77.- En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

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.

ARTÍCULO 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

ARTÍCULO 204.- Todas las disposiciones de la presente ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

4.1.23. La documentación contractual de los productos de seguros y de las fianzas por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberá entregarse por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurados. Previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado, la Institución o Sociedad Mutualista, podrá entregar dicha documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado. En este último caso, la evidencia tanto del consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado, como de la remisión de la documentación contractual a través de correo electrónico, deberá estar documentada y disponible en caso de que la Comisión la solicite para fines de inspección y vigilancia.

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 28 de junio del 2016 CNSF-S0013-0567-2016/ CONDUSEF 000909-01.