



SEGUROS **EL POTOSI**

A tu lado.

Condiciones Generales

Seguro de vida individual vitalicia – promesa DLS



Contenido

I. CLÁUSULAS GENERALES	3
1. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO	3
2. VIGENCIA DEL CONTRATO	3
3. MONEDA.....	3
4. PRIMA	3
5. SUMA ASEGURADA.....	5
6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	5
7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	6
8. INTERÉS MORATORIO.....	8
9. EDAD	11
10. SUICIDIO	12
11. OMISIONES Y/O FALSAS DECLARACIONES	12
12. DISPUTABILIDAD.....	13
13. CARENCIA DE RESTRICCIONES	13
14. CAMBIO DE OCUPACIÓN	13
15. PRESCRIPCIÓN.....	13
16. NOTIFICACIONES Y MODIFICACIONES	14
17. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA.....	14
18. ASPECTO FISCAL.....	15
19. REHABILITACIÓN	15
20. COMISIONES	15
21. COMPETENCIA.....	15
II. CLÁUSULAS PARTICULARES.....	16
1. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE VIDA	16
1.1 MODALIDAD SEGURO VITALICIO	16

1.2 VALORES GARANTIZADOS	16
1.3 RESCATE O VALOR EN EFECTIVO.....	16
1.4 PRÉSTAMO ORDINARIO.....	17
1.5 PRÉSTAMO AUTOMÁTICO	17
1.6 SEGURO PRORROGADO	17
1.7 SEGURO SALDADO.....	18
1.8 INCREMENTOS NO PROGRAMADOS.....	18
1.9 CONVERSIÓN	18
1.10 SEGURO MANCOMUNADO	19
2. DETALLE DE COBERTURAS.....	20
2.1 COBERTURA BÁSICA.....	20
2.2 COBERTURAS SIN COSTO INCLUIDAS EN LA COBERTURA BÁSICA	20
2.3 COBERTURAS ADICIONALES SÓLO EN CASO DE ESTAR DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL ENDOSO DE INCLUSIÓN CORRESPONDIENTE.....	26
2.3.1 COBERTURAS POR ACCIDENTE	26
2.3.2 COBERTURA PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	32
2.3.3 COBERTURA EXENCIÓN DE PAGO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	39
2.3.4 COBERTURA ELLA/ÉL	46
2.3.5 COBERTURA GASTOS FUNERARIOS.....	53
III. DEFINICIONES.....	55

SEGUROS EL POTOSÍ, S.A. de aquí en adelante la Compañía, emite este Contrato de Seguro sobre la vida del Asegurado cuyo nombre figura en la carátula de la Póliza, con base en las declaraciones efectuadas por el mismo y/o el Contratante y asentadas por escrito en la solicitud para la emisión de este Contrato.

Objeto del Contrato.- La Compañía indemnizará a los Beneficiarios designados, al materializarse los riesgos amparados descritos en la carátula de la póliza, y siempre que el Contrato hubiese estado en vigor al momento del siniestro, de acuerdo a las siguientes cláusulas generales y particulares:

I. CLÁUSULAS GENERALES

Las siguientes cláusulas aplicarán independientemente de los riesgos contratados.

1. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios que firme el Asegurado, la Carátula de Póliza, los Endosos, así como los recibos de pago de primas, constituyen prueba de este Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, el cual sólo podrá ser modificado previo acuerdo entre ellos, haciéndose constar por escrito mediante Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2. VIGENCIA DEL CONTRATO

La vigencia del Contrato se especificará en la carátula de la póliza.

3. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, sean primas o indemnizaciones, se pagarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente al momento del pago.

4. PRIMA

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato.

La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si este fuere el caso, cada una de las fracciones vencerá al comienzo y no al fin del período que comprenda, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo convenido, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (artículo 40 Ley sobre el Contrato de Seguro).

El pago de las primas deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente o a través de los medios que ésta disponga para el pago de las mismas.

Cuando la modalidad de pago elegida por el Contratante sea mediante el cargo a una cuenta de cheques y/o tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito, la efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía. El estado de cuenta bancario en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena del pago.

Si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria no autoriza o no lo acepta, el Asegurado podrá cubrir directamente el importe de las primas correspondientes a través de otros medios que la Compañía tenga disponibles. En todo caso, el Asegurado deberá conservar el comprobante de pago.

Si el Asegurado no hubiese pagado la prima dentro del plazo convenido, la Compañía podrá aplicar el préstamo automático que tuviere el plan si éste fuere suficiente, para cubrir el importe correspondiente de la prima del periodo en curso.

En caso de Indemnización por cualquier Cobertura amparada, la Compañía deducirá de ésta el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente a la anualidad en curso.

Cuando la prima se fije considerando determinados hechos que agraven el riesgo y éstos desaparezcan o pierdan su importancia en el curso del seguro, el Asegurado tendrá derecho a exigir que en los períodos siguientes se reduzca la prima, conforme al nuevo riesgo.

Descuentos en primas:

- a. No fumador.- Para el Asegurado que, de acuerdo a lo declarado en la solicitud, haya sido aceptado por la Compañía como No Fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas y valores garantizados, es dos años inferior a su edad real.
- b. Género femenino.- El Asegurado cuyo género sea femenino gozará de una prima especial de acuerdo a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

5. SUMA ASEGURADA

Para efectos de este Contrato, la suma asegurada para cada Cobertura contratada se establece en la Carátula de la Póliza.

6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. En caso de cambios, deberá notificarlo por escrito a la Compañía. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, su parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los Beneficiarios supervivientes.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o cuando el Asegurado haya renunciado a su derecho de revocar su designación, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notifique al Beneficiario y a la Compañía y haciéndolo constar en la Póliza, como lo

prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En tal caso, si el beneficiario irrevocable y el Asegurado mueren simultáneamente, el importe que le correspondía al beneficiario irrevocable se pagará a la sucesión de éste.

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.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

I. AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o beneficiario tengan conocimiento del siniestro, deberán notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de cinco días de acuerdo al artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicha notificación tan pronto desaparezca el impedimento.

II. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización correspondiente, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

- a. Declaración del siniestro a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- c. Copia del certificado de defunción del Asegurado;
- d. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya ocurrido de forma violenta;
- e. Copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- f. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado, preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- g. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado;
- h. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s), preferentemente INE (Instituto Nacional Electoral). En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- i. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s);

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

III. LUGAR, FORMA Y PAGO DEL SINIESTRO

El pago que haga la Compañía, será a través de cheque en sus oficinas o alguno de los medios electrónicos autorizados de los que disponga a una cuenta a nombre del beneficiario.

Toda indemnización deberá ser pagada por la Compañía en el transcurso de los 30 días siguientes a partir de la fecha en que haya recibido los documentos e información que avalen la procedencia de la reclamación.

Cualquier adeudo contraído por el Asegurado en virtud de este Contrato será descontado de la Indemnización.

8. INTERÉS MORATORIO

Si la Compañía no cumple con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no obstante haber recibido los documentos e información que avalen la procedencia de la reclamación, quedará obligada a pagar al Asegurado o Beneficiario, un interés de conformidad con lo establecido por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a

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

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior, y para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo

deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

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

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dice 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 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.”

9. EDAD

Para efectos de esta póliza se considerará como edad del Asegurado, la indicada en la carátula de la póliza.

La edad del Asegurado debe comprobarse presentando pruebas a la Compañía, quien lo anotará en la póliza o le extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas cuando tenga que pagar el siniestro. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada contratada.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el Asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la Compañía, para comprobar ese hecho.

Cuando por dicha comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado, se procederá de acuerdo con lo siguiente:

- a. La Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración hubiera estado fuera de los límites de aceptación; en tal caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión.

- b. Si la edad real estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
 - I. Cuando la edad del Asegurado sea mayor que la declarada en la Solicitud, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada en la Carátula de la Póliza y la que debió corresponder a la fecha de celebración del Contrato.
 - II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
 - III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c. 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.

10. SUICIDIO

La Compañía estará obligada al pago de la indemnización, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del Contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la Compañía reembolsará únicamente la reserva matemática.

11. OMISIONES Y/O FALSAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que

puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato, de acuerdo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Cualquier omisión o inexacta declaración proporcionada para apreciar el riesgo, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, tal como lo prevé el artículo 47 de esta misma Ley.

12. DISPUTABILIDAD

Este Contrato sólo será disputable durante los dos primeros años de su emisión o de su última rehabilitación por omisiones y/o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud de Seguro y/o en los cuestionarios que se le requieran al Asegurado para apreciar el riesgo; transcurrido este periodo, la Compañía renuncia al derecho que le confiere el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el Contrato por esa causa.

13. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y género de vida del Asegurado posteriores a su contratación.

14. CAMBIO DE OCUPACIÓN

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

Con esa notificación la Compañía realizará el ajuste correspondiente a la prima con base en la disminución o agravación del riesgo por la nueva ocupación, de acuerdo a la Tabla de Extra primas Médica-Ocupacional.

15. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro, prescribirán en cinco años, contados en los términos del Artículo 81 de Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y el nombramiento de peritos, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

16. NOTIFICACIONES Y MODIFICACIONES

Toda notificación de cualquiera de las partes relacionada con este Contrato, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

De acuerdo al artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, sólo hacen prueba del Contrato de seguro, las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito mediante Endosos a la misma registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

17. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este

plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

18. ASPECTO FISCAL

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes o Asegurados o Beneficiarios, podrán causar impuesto. Cuando sea el caso, el cálculo específico de los impuestos y las tasas impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo con la legislación en vigor en la fecha de pago.

19. REHABILITACIÓN

Cuando los efectos de este Contrato hubieren cesado por falta de pago o se haya ejercido el derecho de mudarlo a Seguro Prorrogado o Saldado, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación, de acuerdo a las políticas vigentes de la Compañía al momento de la solicitud y justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a juicio de la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

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

21. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección,

determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

II. CLÁUSULAS PARTICULARES

1. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE VIDA

1.1 MODALIDAD SEGURO VITALICIO

La Compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, independientemente del plazo de pago de primas, pudiendo ser éste vitalicio o a plazo determinado.

1.2 VALORES GARANTIZADOS

Representan una parte de la reserva a la que tiene derecho el Asegurado y podrá utilizarlos en alguna de las siguientes opciones.

El monto de estos valores depende del Seguro contratado, la edad del Asegurado y el número de años de primas pagadas.

En caso de que este Contrato los otorgue, se muestran en la Tabla de Valores Garantizados anexa a esta Póliza.

1.3 RESCATE O VALOR EN EFECTIVO

El Asegurado podrá obtener como Rescate la cantidad que aparece en la Tabla de Valores Garantizados, de acuerdo a la edad de ingreso y al

número de años que el Seguro haya estado en vigor. En caso de solicitarlo en una fecha que no coincida con el aniversario de la Póliza, el Valor se determinará deduciendo un 5% por cada mes faltante de la anualidad respectiva. Una vez pagado por la Compañía, el seguro quedará automáticamente cancelado.

1.4 PRÉSTAMO ORDINARIO

El Asegurado tendrá derecho a obtener de la Compañía, préstamos que sumados, no excedan el Valor en Efectivo disponible hasta ese momento, los préstamos causarán intereses por anticipado.

Mientras el adeudo sea inferior al valor en efectivo, la póliza continuará en vigor, en el momento en que el adeudo iguale o supere el valor en efectivo, si el Asegurado no liquida el préstamo y sus intereses, los efectos del Contrato cesarán automáticamente sin necesidad de notificación alguna.

Las deudas contraídas por este concepto, podrán ser pagadas por el Asegurado en cualquier tiempo, ya sea en un sólo pago o en pagos parciales, siempre que la póliza esté en vigor. En caso de presentarse alguna eventualidad prevista en el Contrato y proceda el pago de la indemnización, la Compañía deducirá de ésta el préstamo y los intereses adeudados a la fecha de pago.

1.5 PRÉSTAMO AUTOMÁTICO

Si el Asegurado dejare de cubrir una prima dentro del periodo de gracia estipulado en este Contrato, la Compañía prestará, sin necesidad de solicitud del Asegurado y sujeto a lo establecido para el Préstamo ordinario, el importe de dicha prima.

1.6 SEGURO PRORROGADO

El Valor Garantizado será utilizado para mudar a un Seguro a prima única manteniendo la suma asegurada alcanzada por fallecimiento y reduciendo el plazo del seguro. Dicho Valor será el que le corresponda a la fecha en que lo haga efectivo, de acuerdo a la proyección de Valores

descrita en la Tabla de Valores Garantizados. Lo anterior procederá sin más pago de prima por parte del Asegurado.

1.7 SEGURO SALDADO

El Valor Garantizado será utilizado para mudar a un Seguro a Prima única reduciendo la suma asegurada por fallecimiento y manteniendo el plazo del seguro. Dicho Valor será el que le corresponda a la fecha en que lo haga efectivo, de acuerdo a la proyección de Valores descrita en la Tabla de Valores Garantizados. Lo anterior procederá sin más pago de prima por parte del Asegurado.

Si la muerte del Asegurado ocurre durante el periodo del Seguro Saldado y/o Seguro Prorrogado, la Compañía pagará la suma asegurada por fallecimiento establecida en la Tabla de Valores Garantizados.

En caso de rescate del Seguro Saldado y/o Seguro Prorrogado, el Asegurado podrá obtener el 90% de la reserva que corresponda al Contrato.

Para tener derecho a las opciones de Seguro Prorrogado o Seguro Saldado, no deberá existir adeudo por parte del Asegurado relacionado a este Contrato y remitir la Póliza a la Compañía para su anotación.

Al hacer uso de cualquiera de estas opciones, las Coberturas adicionales con costo que hubiesen estado contratadas quedarán canceladas.

1.8 INCREMENTOS NO PROGRAMADOS

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de suma asegurada en cualquier momento dentro de la vigencia de esta Póliza. La aceptación estará sujeta a comprobar que el Asegurado reúne los requisitos de asegurabilidad solicitados por la Compañía.

1.9 CONVERSIÓN

El Asegurado tendrá derecho a cambiar a otro seguro que comercialice la aseguradora, sin necesidad de pruebas de

asegurabilidad. La conversión queda sujeta a las siguientes disposiciones:

- a. La solicitud correspondiente 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 en la fecha de efectividad de la conversión deberá ser menor a 70 años.
- c. La fecha de efectividad de la conversión será la misma en que se cancela la Cobertura anterior.
- d. La nueva Suma Asegurada no podrá ser superior a la suma asegurada alcanzada vigente en la fecha de la conversión, salvo que el asegurado presente a la Compañía, pruebas de asegurabilidad satisfactorias.

La Prima se calculará con la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de efectividad de la conversión, bajo las condiciones vigentes a esa fecha.

1.10 SEGURO MANCOMUNADO

Este Contrato otorga las Coberturas descritas en la carátula de la póliza a dos personas o más. Por lo tanto:

- a. Para todos los efectos de esta Póliza, por Asegurado se entenderá a las personas designadas en la carátula de la misma.
- b. Si durante el Plazo de Seguro amparado por la Póliza ocurriera el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados bajo este Contrato, la Compañía pagará la suma asegurada contratada que aparece en la carátula de la Póliza, a los Beneficiarios que haya designado.
- c. En caso de fallecimiento simultáneo de los Asegurados, la suma asegurada se dividirá en partes iguales al recibir las pruebas de su fallecimiento y se pagará a los beneficiarios designados por cada uno de ellos.
- d. El pago de la suma asegurada se efectuará una sola vez, esto es, al ocurrir el primer deceso, quedando con dicho pago automáticamente extinguidas todas las obligaciones de la Compañía en relación a este Contrato.

- e. En esta modalidad de seguro, la fecha de vencimiento del Contrato todos los Asegurados que se encuentran con vida, tendrán derecho a que la suma asegurada se dividida en partes iguales y se pagará a los propios Asegurados.
- f. Cualquier modificación o uso de los derechos consignados en las Condiciones Generales de esta Póliza deberán hacerse por escrito y a solicitud de todos los Asegurados.

2. DETALLE DE COBERTURAS

2.1 COBERTURA BÁSICA

Será la modalidad del Seguro Temporal, en los términos anteriormente descritos.

Edades de aceptación. Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta Cobertura es de 18 y 70 años respectivamente.

2.2 COBERTURAS SIN COSTO INCLUIDAS EN LA COBERTURA BÁSICA

El Asegurado tendrá derecho, sin costo adicional en prima, a las siguientes cláusulas adicionales, siempre y cuando se cumpla con las condiciones especificadas en las mismas:

a. ANTICIPO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

- **BENEFICIO**

La Compañía podrá anticipar al Asegurado, hasta el 30% de la suma asegurada alcanzada para la Cobertura por fallecimiento con un tope máximo de 240 SMGMVDF, en caso de que sea diagnosticado con una enfermedad cubierta en fase terminal y cumpla con las características previstas en esta póliza.

- **DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL**

Para efectos de este Contrato, se entenderá por enfermedad en fase terminal, aquella enfermedad cubierta por esta póliza que lleve irremediabilmente a la muerte y no exista para ella

tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativo y que, de acuerdo al dictamen médico se diagnostique al Asegurado una esperanza de vida menor a 12 meses.

El dictamen debe incluir las pruebas clínicas, radiológicas, histopatológicas, laboratorio y gabinete. El Informe debe ser detallado, fechado y firmado por un médico especialista en la materia, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, donde la determine como progresiva, incurable y la condición del pronóstico de vida del Asegurado menor a doce meses. Dicho dictamen deberá ser ratificado por un médico nombrado por la Compañía.

ENFERMEDADES CUBIERTAS:

- **INFARTO MASIVO AL MIOCARDIO**

La afectación de una gran parte del tejido del miocardio, como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

Tratándose de esta enfermedad el diagnóstico deberá incluir:

- a. Un historial de dolores torácicos típicos (algias precordiales).
- b. Cambios específicos y permanentes en el electrocardiograma.
- c. Elevación de las enzimas cardíacas.
- d. Aparición o no de aneurisma ventricular.
- e. Historia post-infarto de trastornos del ritmo cardíaco como fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia paroxística o sostenida supra o ventricular, bloqueo de la rama izquierda del haz de his y bloqueos aurículo-ventriculares, insuficiencia cardíaca.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando:

- a. El infarto del miocardio haya requerido atención hospitalaria y siempre que hubiera permanecido cuatro días continuos en

- unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- b. Que el infarto del miocardio determine la incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
 - c. No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia de mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.
 - d. Persistencia de la sintomatología miocárdica.
- **ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA**
Definida como la dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir:

- a. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
- b. Los Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro estudio específico demuestren la obstrucción de tres o más arterias coronarias en un 70%.
- c. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando el Asegurado haya requerido atención hospitalaria, los tres primeros días hayan sido en unidad coronaria o similar y el tratamiento vigilado por un médico cardiólogo legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

- **HEMORRAGIA O INFARTO CEREBRAL**
Cualquier hemorragia u obstrucción cerebro-vascular, que da lugar a una disminución o falta de aporte de sangre al cerebro. Se incluyen el infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando:

- a. La enfermedad haya dejado secuelas neurológicas con duración de más de veinticuatro horas.
 - b. Se compruebe deficiencia neurológica con duración de más de tres meses.
 - c. Cuando el pronóstico médico sea irreversible.
- **CÁNCER**
Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un crecimiento descontrolado de células patógenas a partir de células normales, e invadiendo y/o infiltrando tejidos normales cercanos y/o diseminándose por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia ubicaciones distintas en el organismo provocando metástasis.
 - **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**
Enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva e irreversible de las funciones de ambos riñones, y que conduce a su incapacidad total para realizar su función excretora y reguladora, haciendo inaplazable la incorporación de tratamientos de diálisis permanente o trasplante renal.

De proceder esta Cobertura, en el momento que el Asegurado fallezca, la Compañía entregará a los Beneficiarios designados en esta póliza, la suma asegurada contratada por fallecimiento descontando el adelanto que se hubiere dado al Asegurado por enfermedad cubierta en fase terminal.

En caso de que la Póliza tenga Beneficiarios irrevocables, para que proceda el beneficio de esta Cobertura, éstos deberán notificar a la Compañía por escrito, que están de acuerdo en que el Asegurado haga uso de este beneficio.

- **VIGENCIA**

Esta Cobertura entrará en vigor a partir del tercer año de expedición del Contrato o de su última rehabilitación, siempre que no exista adeudo alguno por parte del Asegurado relacionado con cualquier tipo de préstamo, en caso de que esta póliza los otorgue a través de sus Valores Garantizados.

Esta Cobertura se cancelará:

- a. Por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica.
- b. Al momento en que haya procedido el pago de alguna de las Coberturas Adicionales con Costo.

- **EXCLUSIONES**

Queda excluido el beneficio de esta Cobertura si la enfermedad en fase terminal se debe a:

- a. **Intento de suicidio o lesión intencional.**
- b. **Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c. **Enfermedades acompañadas por una infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o derivadas de ésta.**
- d. **Enfermedades cubiertas en fase terminal diagnosticadas previo al inicio de vigencia de la póliza.**
- e. **Cualquier cáncer sin invasión e "in situ", así como el cáncer de la piel, los considerados como lesiones pre-malignas, excepto el melanoma de invasión.**

b. PAGO INMEDIATO PARA ÚLTIMOS GASTOS

- BENEFICIO

Al fallecimiento del Asegurado, con la sola presentación del certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario, la Compañía hará un anticipo inmediato de hasta el 30% de la suma asegurada contratada para la Cobertura por fallecimiento con tope de 24 SMGMVDF.

Si hubiere varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará al que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del Seguro sea igual o mayor al monto que por esta Cobertura tenga que pagar la Compañía.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía, será descontada de la suma asegurada por fallecimiento que le correspondía al (los) beneficiario(s) que hizo (hicieron) uso de esta Cobertura.

- VIGENCIA

Esta Cobertura entrará en vigor a partir del tercer año de expedición del Contrato o de su última rehabilitación.

“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 29 de junio de 2015, con el número CNSF-S0008-0194-2015.”

RECAS: 001483-01

2.3 COBERTURAS ADICIONALES SÓLO EN CASO DE ESTAR DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL ENDOSO DE INCLUSIÓN CORRESPONDIENTE.

2.3.1 COBERTURAS POR ACCIDENTE

En caso de contar con esta Cobertura deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**

Se define como accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

- **ANQUILOSIS**

Fijación total e irreversible de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

Al presentarse alguna de las eventualidades amparadas por la Cobertura contratada, el Asegurado o Beneficiario(s), deberán llenar los formularios registrados que al efecto prevé la Compañía, y presentarlos junto con las pruebas que avalen la causa de la reclamación, debiendo ser ésta un accidente ocurrido dentro de la vigencia de esta Cobertura.

Tratándose de reclamaciones por concepto de pérdidas no relacionadas con la muerte accidental del Asegurado, La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa, un examen médico al Asegurado.

En caso de proceder cualquier indemnización, las Coberturas por Invalidez Total y Permanente o Cobertura Ella/El que hubieren estado contratadas, quedarán canceladas.

- **BENEFICIOS POR COBERTURA**

- a. **MUERTE ACCIDENTAL (BMA)**

En caso de muerte accidental del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, la suma asegurada contratada para esta Cobertura, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la póliza y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

- b. **MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAPO)**

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta Cobertura, de acuerdo a la Tabla de Indemnizaciones que se detalla a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de este seguro y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre alguna de las siguientes pérdidas.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

Por la pérdida de:	Indemnización en proporción de la suma asegurada para esta Cobertura.
La vida	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Para efectos de la indemnización, se entiende por:

- I. Pérdida de una mano: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.
- II. Pérdida de un pie: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- III. Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- IV. Pérdida de un dedo: La anquilosis o la separación de por lo menos dos falanges en dedo pulgar o índice.

Si el Asegurado sufriera en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas en la Tabla, la responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la suma asegurada alcanzada para esta Cobertura.

c. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAC)

Al contratar esta Cobertura, el Asegurado quedará amparado con el beneficio otorgado por la Cobertura de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización en caso de que la(s) pérdida(s) ocurran:

- I. Mientras viaje como pasajero en algún vehículo terrestre, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares;
- II. Al accidentarse el ascensor en el cual viaje como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público, con exclusión de los ascensores en minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o cualquier ascensor industrial;

III. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el que se encontrare el Asegurado previo al inicio del incendio.

- **VIGENCIA**

Cualquier Cobertura por accidente contratada estará en vigor mientras el Asegurado no haya alcanzado la edad de 70 años, en cuyo caso, se cancelará automáticamente a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente.

También quedará cancelada la Cobertura:

- I. Cuando se haya indemnizado el 100% de la suma asegurada contratada para esta Cobertura.
- II. Por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica, rescate o por la transformación del Contrato en Seguro Saldado o Seguro Prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados.

- **EDADES DE ACEPTACIÓN**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta Cobertura son de 18 y 69 años respectivamente.

EXCLUSIONES

Los beneficios que otorgan estas Coberturas no se concederán cuando la Muerte o Pérdidas Orgánicas obedezcan a:

- I. **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean ocasionadas directamente por los accidentes a que se refieren estas Coberturas.**

- II. **Cualquier clase de envenenamiento, infecciones o inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente.**
- III. **Suicidio, intento de él o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.**
- IV. **Homicidio intencional, que resulte de la participación directa del Asegurado en hechos delictuosos intencionales.**
- V. **Radiaciones atómicas.**
- **LESIONES SUFRIDAS A CAUSA DE SU PARTICIPACIÓN EN:**
 - I. **Servicio militar o naval de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución, así como la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
 - II. **Riñas, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- **ACCIDENTES QUE OCURRAN:**
 - I. **Mientras el Asegurado, se encuentre a bordo de una nave particular, excepto cuando viajare en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada con boleto pagado, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
 - II. **Por participación directa del Asegurado, durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad,**

resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

- III. Mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.
- IV. Mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, caza u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.
- V. Por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo efectos de drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto cuando hayan sido prescritas por un médico.

“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 24 de junio de 2015, con el número BADI-S0008-0027-2015.”

RECAS: 001471-01

2.3.2 COBERTURA PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de contar con esta Cobertura deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**
Se define como accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **ANQUILOSIS**
Fijación total e irreversible de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.
- **ENFERMEDAD**
Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por un médico titulado con cédula profesional. No son consideradas como enfermedad, las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**
Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza se ven afectadas a causa de una enfermedad o accidente, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus

conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses.

También será considerada como invalidez total y permanente, si el Asegurado sufre la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no será necesario el período de espera indicado en el párrafo anterior.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

- a. Pérdida de una mano: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.
- b. Pérdida de un pie: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- c. Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

A fin de comprobar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado, al reclamar el beneficio amparado, deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución o un médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvan de base para determinar su invalidez.

A efecto de decretar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro, o que de existir dicha posibilidad de cura, dichos tratamientos no están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Al proceder el beneficio de la Cobertura contratada, las Coberturas adicionales por accidente que hubiesen estado amparadas quedarán canceladas.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir a su costa, la comprobación de que continua el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

- **PADECIMIENTO PREEXISTENTE**

Se entenderá por padecimiento preexistente, aquel que con anterioridad a la contratación de la póliza:

- a. Se haya declarado su existencia, o
- b. El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c. Que sea comprobable mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse

al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

- **BENEFICIO DE LA COBERTURA PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)**

Si durante la vigencia de la Cobertura, el Asegurado se invalida de manera total y permanente, y si dicha invalidez se mantiene durante los siguientes seis meses después de declarada la misma, la Compañía pagará la suma asegurada para esta Cobertura.

- **VIGENCIA**

Esta Cobertura estará en vigor mientras el Asegurado no haya alcanzado la edad de 65 años, en cuyo caso, se cancelará automáticamente a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente.

Esta Cobertura también se cancelará por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica, rescate o por la transformación del Contrato en Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

- **EDADES DE ACEPTACIÓN**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta Cobertura es de 18 y 59 años respectivamente.

EXCLUSIONES

El beneficio que otorga esta Cobertura no procederá cuando la invalidez sea consecuencia de:

Lesiones o enfermedades, provenientes, provocadas o sufridas:

- a. Intencionalmente por el Asegurado, Contratante o beneficiario.**
- b. En servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o revolución.**
- c. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- d. Al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- e. Por padecimientos preexistentes.**
- f. Por culpa grave del Asegurado, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto si fueron prescritas por un médico.**

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación

aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

• **ACCIDENTES QUE OCURRAN:**

- a. **Mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de Compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada, con boleto pagado, en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- b. **Por participación directa del Asegurado, durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- c. **Mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- d. **Mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- e. **Lesiones, enfermedades o accidentes por Radiaciones atómicas.**

“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 1 de julio de 2015, con el número BADI-S0008-0029-2015.”

RECAS: 001474-01

2.3.3 COBERTURA EXENCIÓN DE PAGO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de contar con esta Cobertura deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**
Se define como accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **ANQUILOSIS**
Fijación total e irreversible de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.
- **ENFERMEDAD**
Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por un médico titulado con cédula profesional. No son consideradas como enfermedad, las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**
Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza se ven afectadas a causa de una enfermedad o accidente, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una

ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses.

También será considerada como invalidez total y permanente, si el Asegurado sufre la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no será necesario el período de espera indicado en el párrafo anterior.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

- a. Pérdida de una mano: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.
- b. Pérdida de un pie: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- c. Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

A fin de comprobar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado, al reclamar el beneficio amparado, deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución o un médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvan de base para determinar su invalidez.

A efecto de decretar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro, o que de existir dicha

posibilidad de cura, dichos tratamientos no están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir a su costa, la comprobación de que continua el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

- **PADECIMIENTO PREEXISTENTE**

Se entenderá por padecimiento preexistente, aquel que con anterioridad a la contratación de la póliza:

- a. Se haya declarado su existencia, o
- b. El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c. Que sea comprobable mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho

se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

- **BENEFICIO DE LA COBERTURA EXENCIÓN DE PAGO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)**

Si dentro de la vigencia de esta Cobertura, el Asegurado se invalida total y permanentemente, la Compañía lo eximirá del pago de las primas que corresponden a la Cobertura Básica que venzan de la fecha en que se compruebe el estado de invalidez total y permanente, y siempre que persista éste. La exención de pago de primas, será respetando las características originales del Contrato, de tal forma que la suma asegurada por fallecimiento, se mantendrá vigente de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

- **VIGENCIA**

Esta Cobertura estará en vigor mientras el Asegurado no haya alcanzado la edad de 65 años, en cuyo caso, se cancelará automáticamente a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente.

Esta Cobertura también se cancelará por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica, rescate o por la transformación del Contrato en Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

- **EDADES DE ACEPTACIÓN**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta Cobertura es de 18 y 59 años respectivamente.

EXCLUSIONES

El beneficio que otorga esta Cobertura no procederá cuando la invalidez sea consecuencia de:

Lesiones o enfermedades, provenientes, provocadas o sufridas:

- I. Intencionalmente por el Asegurado, Contratante o beneficiario.**
- II. En servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o revolución.**
- III. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- IV. Al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- V. Por padecimientos preexistentes.**
- VI. Por culpa grave del Asegurado, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto si fueron prescritas por un médico.**

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación

aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

• **ACCIDENTES QUE OCURRAN:**

- I. **Mientras el Asegurado, se encuentre a bordo de una nave particular, sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada, con boleto pagado, en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- II. **Por participación directa del Asegurado, durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- III. **Mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- IV. **Mientras el Asegurado, se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- V. **Lesiones, enfermedades o accidentes por Radiaciones atómicas.**

“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 24 de junio de 2015, con el número BADI-S0008-0030-2015.”

RECAS: 001475-01

2.3.4 COBERTURA ELLA/ÉL

En caso de contar con esta Cobertura deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

DEFINICIONES

Para efectos de esta Cobertura, los términos que a continuación se indican tendrán el siguiente significado:

- **CÁNCER METASTÁSICO**
Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células patógenas y la invasión de tejidos, cercanos y/o a distancia.

CÁNCER DE GÉNERO

CÁNCER ELLA

- **CÁNCER DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**
Crecimiento anormal de células patógenas que se multiplican descontroladamente y que se originan en cualquier parte del aparato reproductor femenino, y que dan origen a un tumor maligno metastásico y no metastásico.
- **CÁNCER DE MAMA**
Son aquellos tumores cancerosos (malignos) originados en las glándulas mamarias, metastásicos y no metastásicos.

CÁNCER ÉL

- **CÁNCER DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO**
Crecimiento anormal de células patógenas que se multiplican descontroladamente y que se originan en cualquier parte del aparato reproductor masculino, dando origen a un tumor maligno metastásico y no metastático.

ENFERMEDADES GRAVES

- **HEMORRAGIA O INFARTO CEREBRAL**
Entendiéndose como tal, todo padecimiento cerebrovascular de duración superior a 24 horas, que produzca secuelas neurológicas persistentes de por lo menos noventa días contados a partir del infarto cerebral e incluya la destrucción del tejido cerebral con una deficiencia neurológica estable, invalidante e irreversible.

- **INFARTO AL MIOCARDIO**
Entendiéndose como el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área relevante.

Se deben satisfacer todos los criterios siguientes:
 - a. Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de ataque cardíaco;
 - b. Incremento diagnóstico de marcadores cardíacos específicos característicos para ataque cardíaco;
 - c. Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto; y
 - d. Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anomalías en la movilidad de la pared secundarias al ataque cardíaco.

- **CIRUGÍA ARTERO CORONARIA**
Cirugía cardíaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES**
Cuando, como consecuencia del diagnóstico médico, sea preciso efectuar una cirugía para trasplante de corazón,

pulmón, hígado, riñón o médula ósea. El beneficio aplica si el Asegurado es el receptor del órgano, no el donante.

- **PADECIMIENTO PREEXISTENTE**

Se entenderá por padecimiento preexistente, aquel que con anterioridad a la contratación de la póliza:

- a. Se haya declarado su existencia, o
- b. El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c. Que sea comprobable mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

- **PERIODO DE CARENCIA**

El lapso de tiempo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro durante el cual el Asegurado, paga la prima correspondiente, pero no recibe el beneficio de la Cobertura.

- **BENEFICIO DE LA COBERTURA ELLA/ÉL**

Dependiendo del género del Asegurado, la Compañía lo indemnizará, al sufrir la primera enfermedad o procedimiento de cada uno de los grupos especificados en la siguiente tabla y hasta el porcentaje descrito, siempre que ésta ocurra por primera vez en la vida del Asegurado.

Tabla de indemnización		
Grupo	Enfermedad presentada	Porcentaje de suma asegurada contratada para Cobertura Ella/Él
A.	Cáncer Metastásico	40%
B.	Cáncer de género	20%
C.	Enfermedades Graves	20%
D.	Trasplante de Órganos Vitales	20%

- **PRUEBAS**

Al diagnosticarse una de las enfermedades cubiertas por esta Cobertura, el Asegurado(a) deberá presentar todas las pruebas médicas que sean suficientes para la valoración de su fundamento; la Compañía procederá al análisis de la reclamación siempre y cuando observe en los documentos presentados por el Asegurado(a), el cumplimiento de las siguientes condiciones:

- a. La comprobación de que el diagnóstico ha sido determinado por un médico especializado en el padecimiento que reclama y que está amparado en esta Cobertura; quién deberá ser una persona autorizada y certificada legalmente para ejercer su profesión de médico, demostrando así que posee los conocimientos necesarios para ejercer la especialidad y diagnosticar los padecimientos requeridos.
- b. Todos los exámenes y pruebas solicitadas dependiendo de la reclamación presentada, de acuerdo a los requisitos de la Compañía para comprobar la causa y consecuencia de la reclamación.

- **VIGENCIA**

Esta Cobertura entrará en vigor a partir del treceavo mes de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación y mientras el Asegurado(a) no haya alcanzado la edad de 65 años, en cuyo caso, se cancelará automáticamente a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado(a) cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente.

Esta Cobertura también se cancelará:

- a. Al momento en que se agote la suma asegurada contratada para esta Cobertura.
- b. Por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica, rescate o por la transformación del Contrato en Seguro Saldado o Seguro Prorrogado, cuando estos derechos estén contemplados.
- c. Al momento de solicitar un préstamo ordinario o automático mayor al 40% del valor garantizado.

- **EDADES DE ACEPTACIÓN**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta Cobertura es de 18 y 59 años respectivamente.

EXCLUSIONES

Los beneficios que otorga esta Cobertura no se concederán cuando los padecimientos sean causados por:

- I. Intento de suicidio cualquiera que sea el momento en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado(a) por sí mismo(a), o por terceros con su consentimiento.**
- II. Adicción al alcohol, drogas o cualquier tipo de alcaloides.**
- III. SIDA, complejos relacionados a SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o sí el Asegurado(a) es VIH positivo.**
- IV. Tumores asociados al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de VIH positivo.**
- V. Cualquier evento o padecimiento cubierto que se presente con anterioridad a la contratación de esta Cobertura (padecimientos preexistentes).**
- VI. Cualquier evento o padecimiento que se presente durante el primer año ininterrumpido a partir del inicio de vigencia de esta Póliza o última rehabilitación.**
- VII. Cualquier evento o padecimiento cubierto, a consecuencia de una enfermedad preexistente.**
- VIII. Tumores in situ, tumores localizados no invasivos que muestran sólo cambios malignos tempranos.**

IX. Cáncer de piel, excepto el melanoma de invasión.

También están excluidos:

- I. Los padecimientos vasculares o isquémicos transitorios y los padecimientos lentamente reversibles.**
- II. Los procedimientos no quirúrgicos, tales como las angioplastías o la eliminación de la obstrucción mediante rayos láser y la cirugía no invasiva.**

“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 24 de junio de 2015, con el número BADI-S0008-0031-2015.”

RECAS: 001476-01

2.3.5 COBERTURA GASTOS FUNERARIOS

En caso de contar con esta Cobertura deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

DEFINICIONES

- **ASEGURADO TITULAR**
El Asegurado para el que se ha expedido la Póliza.
- **FAMILIA ASEGURADA**
Además del Asegurado Titular, el cónyuge y los hijos dependientes solteros menores de 25 años y que no perciban remuneración por trabajo personal y que estén descritos en la carátula de la Póliza.
- **BENEFICIO DE LA COBERTURA GASTOS FUNERARIOS**
La Compañía pagará la suma asegurada alcanzada para esta Cobertura a los beneficiarios designados por el Asegurado a su fallecimiento. Para el procedimiento de esta Cobertura aplicarán los mismos términos que para la Cobertura Básica.

Tratándose de Asegurados menores de 12 años, el límite máximo para la suma asegurada será de 60 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento.

- **OPCIONES DE COBERTURA**
 - a. **Gastos funerarios individual**
El beneficio operará en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.
 - b. **Gastos funerarios familiar**
El beneficio operará en caso de fallecimiento de cualquier miembro de la familia asegurada.

- **VIGENCIA**
Esta Cobertura estará en vigor a partir de la fecha de vigencia de la Póliza y por el plazo que cubra el seguro contratado descrito en la carátula de la Póliza, y concluirá:
 - a. Por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica, rescate o por la transformación del Contrato en Seguro Saldado o Seguro Prorrogado cuando estos derechos estén contemplados.
 - b. Para los hijos de la familia asegurada al cumplir los 25 años de edad.

- **EDADES DE ACEPTACIÓN**
Las edades mínima y máxima de aceptación son 18 y 70 años respectivamente para el Asegurado Titular y/o Cónyuge. Para los hijos será de 0 a 24 años.

"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 24 de junio de 2015, con el número BADI-SOOOB-0028-2015."

RECAS: 001478-01

III. DEFINICIONES

1. Asegurado

Persona física amparada por la póliza.

2. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro.

3. Beneficio

Indemnización a la que tiene derecho el beneficiario en caso de proceder la reclamación de un siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la póliza.

4. Carátula de la póliza

Documento que contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y los de la Compañía, el número de Contrato de seguro, la fecha de inicio de vigencia del Contrato, la modalidad o plan de seguro contratado, las Coberturas contratadas, los límites máximos de responsabilidad de la Compañía, las primas y su periodicidad de pago, y la designación de beneficiarios.

5. Cobertura

Prestación o beneficio que ofrece el seguro contratado a través de indemnizaciones.

6. CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

7. Condiciones generales

Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de Cobertura, y que señalan detalladamente sus términos y características, así como las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las

convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del Contrato.

8. Contratante

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

9. Edad

La edad real del Asegurado al inicio de vigencia del Contrato.

10. 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 cláusulas generales o particulares de la Póliza, mismo que se encuentra registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. Fecha de inicio de vigencia

Fecha a partir de la cual entra en vigor la póliza y que se encuentra estipulada en la carátula de la misma.

12. Indemnización

Compensación económica por un siniestro cubierto en el Contrato de Seguro.

13. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

14. Periodo de gracia

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

15. Póliza o Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios que firme el Asegurado, la Carátula de Póliza, los Endosos, así como los recibos de pago de primas.

16. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece el beneficio amparado en el Contrato al Asegurado basado en la declaración de la solicitud.

17. Reserva matemática

Importe del ahorro acumulado en una póliza de seguro de vida. Refleja los derechos económicos consolidados que el Contratante posee como consecuencia de las primas pagadas y que tendrá derecho en un porcentaje, llamado Valor Garantizado.

18. Recibo de pago

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

19. Requisitos de asegurabilidad

Son todos los documentos que contienen la información necesaria para seleccionar y en dado caso, aceptar un riesgo, a saber: solicitud, cuestionarios médicos, de actividad, resultados de exámenes médicos, y cualquier otro que la Compañía considere necesario.

20. Riesgo

Exposición a una eventualidad prevista en el Contrato, que de darse, produce algún daño.

21. Seguros El Potosí, S.A

Quien otorga la Cobertura contratada y que será el responsable del pago del (los) Beneficio(s) estipulado(s) en la carátula de la póliza.

22. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista y cubierta por el Contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

23. SMGMVDF

Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

24. Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, para cada una de las Coberturas contratadas al proceder un siniestro. Para efectos de esta Póliza, al referirse a la suma asegurada, se considerarán los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia del Contrato y haciéndose constar en la carátula de la Póliza o Endosos.

25. Valores garantizados

Son una parte de la reserva a la que tiene derecho el Asegurado y podrá usarlas en distintas opciones.

26. Vigor

Vigente.

27. Vigencia

Es el plazo de tiempo por el que el Asegurado está protegido por la(s) Cobertura(s) contratadas en la Póliza.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Seguros El Potosí a los teléfonos 01 800 48 031 00 o visite www.elpotosi.com.mx; o comuníquese a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el Distrito Federal y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página web www.condusef.gob.mx.