Insignia Life®
El seguro de tu vida®

Condiciones Generales y Particulares

Insignia Life Universal 20
Vida Individual - 2025

Insignia Life, S.A de C.V

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Tel. 55 3088 - 3363 / 800 00 55555
www.insignialife.com

1. CONDICIONES GENERALES 1

1.1. Solicitud de Seguro 1

1.2. Contrato de Seguro 1

1.3. Inicio y termino de vigencia 1

1.4. Entrega de Póliza 1

1.5. Moneda 2

1.6. Tipo de Cambio 2

1.7. Edad 3

1.8. Beneficiarios 4

1.9. Modificaciones 5

1.10. Comunicaciones 5

1.11. Información para operaciones 6

1.12. Comisiones 6

1.13. Omisiones o declaraciones inexactas 6

1.14. Indisputabilidad 6

1.15. Suicidio 7

1.16. Aviso de siniestro 7

1.17. Procedimiento de reclamación en caso de siniestro 7

1.18. Lugar y Pago de la indemnización 8

1.19. Liquidación 8

1.20. Interés moratorio 8

1.21. Extinción de las obligaciones de la compañía 8

1.22. Prescripción 9

1.23. Competencia 9

1.24. Arbitraje 10

1.25. Carencia de restricciones 10

1.26. Agravación de riesgo 10

1.27. Cesión 12

1.28. Uso de medios electrónicos 12
1.29. Preceptos legales 12
1.30. Conversión 13
1.31. Confidencialidad de la información 13
2. CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA BÁSICA 13
2.1. Características del producto 13
2.2. Edad 14
2.3. Trámite de siniestros 14
2.4. Trámite por Terminación del Contrato 16
2.5. Consideraciones de Contratante y Asegurado 17
3. DETALLE DE LA COBERTURA BÁSICA 17
3.1. Protección Contratada 17
3.1.1. Beneficios por Fallecimiento Indemnización Cobertura A 17
3.1.2. Ajuste Automático de Suma Asegurada 17
3.2. Primas 18
3.2.1. Prima Plan 18
3.3. Costos del Seguro 19
3.3.1. Cargos mensuales al Fondo Total 19
3.3.2. Gastos de Administración en porcentaje de la Prima Ahorro 20
3.3.3. Extraprimas sobre el Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento 20
3.4. Monto Neto en Riesgo 21
3.5. Descuento en prima y costos de seguros por no fumador 21
3.6. Descuento en prima y costos de seguros por sexo femenino 22
3.7. Fondo Total 22
3.7.1. Alternativas de rendimiento 23
3.7.2. Suficiencia del Fondo Total 23
3.8. Estado de Cuenta 24

3.9. Valor de Rescate 24

3.10. Retiros Parciales 24

3.11. Tratamiento Fiscal 25

3.12. Clausula Anticipo Inmediato al Fallecimiento del Asegurado (CAIF) 25

4. BENEFICIOS ADICIONALES 26

4.1. Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente - SAIT 26

5. GLOSARIO 31

1. CONDICIONES GENERALES

Insignia Life, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite la presente Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Contratante de la Póliza en la Solicitud del seguro y los cuestionarios correspondientes.

Los términos y condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1.1. Solicitud de Seguro

El solicitante responderá el formato de solicitud que al efecto le requiera la Compañía y solo en caso de ser aceptada, se emitirá la póliza en los términos conducentes.

1.2. Contrato de Seguro

Toda la documentación contractual que determina la Circular Única de Seguros y Fianzas, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales y particulares de cada cobertura contratada, la Carátula de Póliza, los endosos, la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, y los Beneficios Adicionales, que sean previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se agreguen, forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y la Compañía.

1.3. Inicio y termino de vigencia

La vigencia de esta Póliza inicia y termina a las 12:00 horas de las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza.

1.4. Entrega de Póliza

Una vez aceptada la Solicitud de Seguro la Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que deriven del Contrato de Seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

a) De manera personal al contratar el seguro
b) Envío electrónico al correo indicado en la Solicitud de Seguro
c) Envío a su domicilio, por los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el inciso a) y en los casos de los incisos b) y c) dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

La Compañía hará la entrega al Asegurado o Contratante de la documentación a que hace mención el párrafo anterior, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha inicio de vigencia establecida en la Carátula de la póliza, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante en la Solicitud de Seguro. No obstante, lo anterior, las Condiciones Generales pueden ser consultadas en la página web www.insignialife.com

Para cancelar la Póliza, el Asegurado y/o Contratante, deberá ponerse en contacto con el agente y/o comunicarse para tal efecto a través del correo electrónico atencionaclientes@insignialife.com mediante el cual la Compañía se pondrá en contacto para realizar el trámite correspondiente o bien, llamando a los teléfonos (55) 3088 3663 o 800 005 5555. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la solicitud está en trámite de acuerdo a sus procesos de control y en caso de alguna aclaración.

1.5. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidadas en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

En el caso de que la póliza se hubiere contratado en dólares o UDI, se utilizará el tipo de cambio de acuerdo a la cláusula Tipo de Cambio.

1.6. Tipo de Cambio

Todos los pagos relativos a este Contrato, se verificarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de la transacción.

Para los planes denominados en dólares americanos (USD), las cantidades se convertirán a moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en moneda nacional que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se efectúen los pagos.

Para los planes denominados en Unidades de Inversión (UDI), las cantidades se convertirán a moneda nacional de acuerdo con el valor de la unidad publicada por el Banco de México en el día en que se efectúen los pagos.

Si la publicación del tipo de cambio es discontinuada, aplazada o si por alguna razón no está disponible para esta causa, se tomará como base el tipo de cambio equivalente que dé a conocer el Banco de México.

1.7. Edad

La edad del Asegurado asentada en la Carátula de la Póliza debe comprobarse, presentado las documentales requeridas en su momento por la Compañía necesarias para verificar lo dicho; una vez efectuada la comprobación, la Compañía hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada.

Si al realizar el análisis de comprobación de edad resulta que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se procederá de acuerdo con lo siguiente:

a) Cuando a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada, se pagará 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 edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Las primas posteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del Asegurado.
b) Si la Compañía hubiere entregado ya el importe de la suma asegurada al descubrirse la inexactitud en la edad declarada del Asegurado, tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, incluyendo los intereses respectivos.
c) Si a consecuencia de la inexactitud en la edad declarada se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva matemática existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas y Costos de Seguro posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para todos los cálculos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Si al comparar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato en esta fecha.

1.8. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no se haya hecho una designación irrevocable y no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre, parentesco y participación de cada uno de los nuevos Beneficiarios. La Compañía informará al Asegurado de este cambio a través de un endoso a la póliza. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, 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 el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

La Suma Asegurada Alcanzada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIA:
En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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.

1.9. Modificaciones

En términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cualquier modificación al presente Contrato, se hará constar por escrito y con consentimiento previo de las partes contratantes y deberá ser previamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, el agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Compañía, no podrán solicitar modificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaron con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza, transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones. Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las modificaciones o cambios que se realicen a las cláusulas del presente Contrato, que se registren ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que se constaten por escrito, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.10. Comunicaciones

Toda declaración o comunicación 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, Asegurado o a sus causahabitantes.

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

El envío de comunicaciones referente al seguro por los medios electrónicos que el Asegurado haya proporcionado para tales efectos, tendrá la misma validez que los envíos a domicilio siempre que así lo hubiese autorizado el Contratante y/o Asegurado en la solicitud de seguro.

1.11. Información para operaciones

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a Insignia Life S.A. de C.V., en la dirección Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 15:00 horas, o bien en las oficinas regionales de la Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.insignialife.com.

1.12. 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

1.13. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o Asegurado o representante de éstos, está obligado a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de seguro, aunque estos no hayan influido en la realización del siniestro, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro con relación a los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

1.14. Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla 5 (cinco) años, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante los 5 (cinco) primeros años. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

1.15. Suicidio

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

Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo precedente, La Compañía pagará la cobertura por fallecimiento en los términos convenidos en el presente contrato.

1.16. Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro, que pueda ser motivo de indemnización a su favor derivado del contrato de seguro, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo dar aviso tan pronto como cese uno u otro.

1.17. Procedimiento de reclamación en caso de siniestro

En caso de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

El Beneficiario y/o el propio Asegurado (en su caso) tendrán que presentar a la Compañía los documentos que correspondan de acuerdo a lo indicado en la sección de “Trámite de siniestro” de las condiciones particulares de la cobertura siniestrada.

1.18. Lugar y Pago de la indemnización

La Compañía, en caso de que la reclamación sea procedente, pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta Póliza.

1.19. Liquidación

Al efectuarse la liquidación de este Contrato, la Compañía tendrá el derecho de reducir de la Suma Asegurada o del Valor de Rescate, según sea el caso, el importe que por concepto de prima, deducción y/o cualquier adeudo que tenga adquirida la Póliza.

Forma de liquidación

La Compañía pagara en una sola exhibición cualquier concepto por indemnización deba ser liquidada, al asegurado o beneficiario que legalmente tenga derecho, las cantidades derivadas de esta Póliza.

1.20. Interés moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla 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 el total de los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, y que se detallan en las condiciones particulares de cada uno de los beneficios contratados, quedará obligada a pagar al Contratante, Asegurado, Beneficiario, un interés por mora de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.21. Extinción de las obligaciones de la compañía

Las obligaciones de la Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de prima.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

1.22. Prescripción

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

a) En cinco años, tratándose de la cobertura básica o de las coberturas adicionales que en su caso se llegaran a contratar y siempre que estas amparen el riesgo de fallecimiento;
b) En dos años, en los demás casos.

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

Los plazos mencionados con anterioridad 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, de acuerdo al artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

1.23. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la cláusula de “Arbitraje” de las condiciones generales de la Póliza.

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.

1.24. Arbitraje

En caso de ser notificada por parte de la Compañía de la improcedencia de su reclamación, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que, si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculante para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

1.25. Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación forma y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza; siempre que estos cambios no signifiquen una agravación del riesgo y/o sean ocupaciones y/o actividades que constituyan cualquier delito.

1.26. Agravación de riesgo

Las obligaciones de La Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Lo dispuesto en los dos artículos referidos anteriormente, no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación (Artículo 54 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

III. En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Capítulo XV de la Resolución por la que

se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Una vez que La Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Póliza será restaurada quedando restituidas las obligaciones del Contrato.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

1.27. Cesión

Los derechos de este Contrato, no podrán cederse a terceras personas, en caso de modificaciones al respecto de los derechos constituidos por este Contrato, el Contratante quien es el Beneficiario irrevocable deberá hacer uso de su derecho de rescate total de la póliza.

1.28. Uso de medios electrónicos

El uso de los medios de identificación que establezca la Compañía para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios por Medios Electrónicos, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, y en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

El Contratante y/o Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía ponga a su disposición apegándose a lo estipulado en las Condiciones para el Uso de Medios Electrónicos las cuales podrán consultarse a través de la página www.insignialife.com.

1.29. Preceptos legales

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, pueden ser consultados íntegramente en la página web www.insignialife.com.

1.30. Conversión

Sin necesidad de nuevas pruebas de asegurabilidad, el Contratante tendrá derecho a cambiar las coberturas contratadas por las de un nuevo producto comercializado por la Compañía en la fecha de efectividad de la conversión; siempre que este se ajuste en características a la solicitud del Contratante, que tanto la suma asegurada como el plazo remanente del nuevo seguro sean menores o iguales a las del plan que se está convirtiendo.

Para poder realizar la conversión del plan, el Contratante deberá realizar la solicitud por escrito a la Compañía en el formato que al efecto tenga disponible, mismo que será utilizado para valorar si se cumplen los lineamentos técnicos establecidos en la política de conversión correspondiente.

La Compañía una vez determinada la viabilidad de la conversión la Compañía se obliga a notificar al Contratante y a entregar la documentación contractual que corresponda para el nuevo plan.

1.31. Confidencialidad de la información

La Compañía proporcionará información de la Póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado o Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante, así como a través de cualquier autoridad competente.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

2. CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA BÁSICA

2.1. Características del producto

El plan de seguro se puede contratar en dólares americanos (USD) o en Unidades de Inversión (UDI) de acuerdo con la oferta de la Compañía. La moneda elegida para la contratación de esta póliza consta en la carátula de la póliza.

2.2. Edad

Los límites estándar de edad al momento de admisión fijados por la Compañía para este contrato son:

- Plazo Fijo (20 años)

  Edad mínima de aceptación: 18 años de edad.

  Edad máxima de aceptación: 70 años de edad.

La Compañía podrá modificar las edades de aceptación de acuerdo con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas mediante la expedición del endoso correspondiente.

2.3. Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe.

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Acta de Defunción del Asegurado, original.
3. Certificado de defunción del Asegurado.
4. Acta de nacimiento del Asegurado (si la tuviera).
5. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
6. Carátula de la Póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los Beneficiarios designados (si existiera o si la tuviera).

Si el fallecimiento fue causa de un accidente, favor de presentar adicionalmente:

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por lo cual no se procede con la autopsia).

4. Prueba de alcoholemia (detección del alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Asimismo, los Beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación:

Para el caso de Personas Físicas

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y Fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el Beneficiario es el Concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada (legible) del acta de defunción de los Beneficiarios, en su caso, cuando hubieren fallecido.

Para el caso de Personas Morales

1. Testimonio o copia legible del Acta Constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio, que acredite fehacientemente su legal existencia.

2. Original de la Cédula de Identificación Fiscal (RFC) expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
3. Original de comprobante de domicilio, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, cuenta bancaria, suministro de gas natural).
4. Testimonio o copia legible del instrumento que contenga los poderes del representante legal, expedido por Fedatario Público, cuando no estén contenidos en la escritura constitutiva.
5. Original de identificación oficial vigente del representante legal con firma y fotografía (IFE, pasaporte vigente, Cartilla SMN, Cédula Profesional).
6. En caso de ser extranjeros: presentar copia debidamente legalizada o apostillada del documento que compruebe fehacientemente su legal existencia. Así como del que acredite como su representante a la persona física que ostente como tal, y en caso de ser este también extranjera, deberá presentar los documentos señalados para personas físicas.

Para casos excepcionales en los que no sea posible la acreditación de la procedencia del siniestro considerando los requisitos señalados en esta cláusula, la Compañía podrá solicitar información o documentación de manera adicional, siempre y cuando los mismos estén relacionados con la documentación expresamente señalada. Lo anterior, con fundamento en lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro por el cual La Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro con la cual puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

2.4. Trámite por Terminación del Contrato

Una vez concluido el plazo del seguro contratado, el Contratante deberá solicitar a la Compañía el pago correspondiente al Rescate, mediante el envío de la siguiente documentación:

1. Carta solicitud del Pago en donde se especifique al menos los siguientes datos:
    a. Número de póliza.
    b. Nombre del Asegurado y Contratante.
2. Identificación oficial vigente con firma y fotografía del representante legal del Contratante.
3. Identificación oficial vigente con firma y fotografía del Asegurado.
4. Cédula de Registro Federal de Contribuyentes (RFC, En caso de contar con ella).

5. Clave Única de Registro de Población (CURP)
6. Comprobante de domicilio del Contratante con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.

2.5. Consideraciones de Contratante y Asegurado

Cuando el Contratante, persona física, y el Asegurado sean personas distintas, en caso de fallecimiento del Contratante, los derechos y obligaciones que para él establece este contrato pasarán a ser del Asegurado.

Cuando el Contratante sea la misma persona que el Asegurado, a ella corresponden los derechos y obligaciones que para uno y otro establece este contrato.

3. DETALLE DE LA COBERTURA BÁSICA

3.1. Protección Contratada

3.1.1. Beneficios por Fallecimiento Indemnización Cobertura A

En caso de fallecimiento del Asegurado dentro del período de vigencia de la póliza, se pagará a los Beneficiarios designados, como indemnización, la Suma Asegurada alcanzada a la fecha de ocurrencia del fallecimiento, menos cualquier adeudo que tuviere el Contratante en favor de la Compañía derivado de este contrato, incluyendo los costos del seguro pendientes de pago hasta el aniversario de la póliza siguiente a la fecha de ocurrencia del siniestro. Los costos del seguro se enumeran en la cláusula Costos del Seguro de estas condiciones generales.

Si el Asegurado llega con vida a la fecha de terminación del contrato, la Compañía realizará el pago correspondiente al saldo del fondo que tenga el Contratante a dicha fecha.

3.1.2. Ajuste Automático de Suma Asegurada

La Suma Asegurada de la cobertura básica contratada se mantendrá constante durante la vigencia de la misma, mientras el Saldo del Fondo Total no exceda del 95% de ésta, en caso contrario, la Suma Asegurada se incrementará de tal manera que siempre sea mayor que el Saldo del Fondo Total en un 5%.

En caso de que el ajuste sea superior a la Suma Asegurada originalmente contratada, la Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos para evaluar adecuadamente el riesgo y determinar la aceptación de cualquier prima que diera lugar a dicho ajuste.

En caso de que la Suma Asegurada se incremente por razón de lo dispuesto en esta cláusula, el incremento quedará sujeto a lo descrito en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio.

En caso de que nuevamente el Saldo en Fondo Total llegue a ser menor del 95%, la Suma Asegurada por Fallecimiento será igual al monto original previo al ajuste.

3.2. Primas

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

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales contados a partir de su vencimiento para liquidar el total de la prima o fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades.

3.2.1. Prima Plan

El importe de esta prima consta en la carátula de la Póliza, entendiéndose por Prima Plan a la aportación programada anual de la Póliza, misma que incluye el importe de la Prima Protección y Prima Ahorro. Esta prima se estipula en la carátula de la póliza.

A. Prima Protección

Será la prima anual sugerida que contribuye a la constitución del Fondo Total de la póliza, de acuerdo con lo descrito en la cláusula Fondo Total, y es el monto que debe pagar el Contratante para cubrir el Costo del Seguro según se define más adelante, así como el costo de las coberturas adicionales contratadas, si las hubiera. Esta prima incluye extraprimas, recargos por pago fraccionado y cualquier otro importe que forme parte de la prima regular a que tenga obligación el Contratante.

B. Prima Ahorro

Será la prima anual recurrente que, en su caso, el Contratante designe en la solicitud de seguro en adición a la Prima Protección, por el monto que él decida sin exceder de los limites definidos por la Compañía de acuerdo con sus políticas. Dicha prima, al igual que la Prima Protección, contribuirá a la constitución del Fondo Total de la póliza, de acuerdo con la cláusula Fondo Total.

Si el saldo del Fondo Total de la póliza constituido no es suficiente para cubrir el importe mensual del Costo del Seguro y/o los costos de administración correspondientes, el Contratante tendrá un plazo de gracia de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la cantidad suficiente para cubrir el importe de los costos requeridos para mantener su Póliza en vigor. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, los efectos del

presente contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de dicho plazo, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada de las Primas Protección y Primas Ahorro, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, venciendo éstas a las 12 (doce) horas del primer día de la vigencia del período que comprendan y se aplicará la tasa de financiamiento que en su caso corresponda a la fecha de expedición de la Póliza y posterior a la expedición, la tasa de financiamiento vigente en cada aniversario de la Póliza.

Sin perjuicio de lo anterior el Contratante y La Compañía, podrán convenir el pago a través de los medios que la Compañía ponga a disposición.

Cuando la modalidad de pago elegida por el Contratante sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, la efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la institución Bancaria no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Contratante podrá cubrir directamente el importe de las primas correspondientes por los medios que la Compañía tenga autorizados para tal efecto. El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto la Compañía no emita el recibo correspondiente.

En caso de que el Contratante realizara el pago de cualquier prima mediante referencia bancaria (pago en ventanilla o Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios) deberá asegurarse de proporcionar el número de cuenta y la referencia contenida en el recibo de pago correspondiente al periodo de pago vigente emitido por la Compañía, a fin de que dicho pago sea correctamente aplicado a la póliza. Si la referencia contenida en el comprobante de pago no corresponde con el periodo de pago vigente, el Contratante deberá enviar dicho comprobante de pago al departamento de Cobranza de la Compañía a través de su agente u oficina de servicio para que dicho departamento identifique el pago realizado, siendo que si de la comprobación que realice la Compañía se acredita el pago, este será aplicado a partir de la fecha en que el departamento de Cobranza de la Compañía reciba el comprobante. Es obligación del Contratante al efectuar el pago de la prima mediante estas formas de pago, cerciorarse que la información contenida en su comprobante de pago corresponde con el recibo emitido por la Compañía que se pretende pagar.

3.3. Costos del Seguro

3.3.1. Cargos mensuales al Fondo Total

La Compañía deducirá mensualmente del Fondo Total de la póliza el importe correspondiente al Costo del Seguro, mismo que se obtendrá sumando los siguientes conceptos:

a) Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento: Cargo mensual que se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a la edad alcanzada del Asegurado en cada aniversario de la póliza por el Monto Neto en Riesgo vigente (el cual se describe más adelante) al momento del cargo de este costo, dividido por mil y posteriormente dividido por doce. El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Costos del Seguro Anuales al Millar de Suma Asegurada, en la columna Cobertura Básica Fallecimiento;

b) Gastos de Administración al Millar de Suma Asegurada: Cargo mensual que se obtendrá multiplicando el factor correspondiente al año de vigencia en el que se encuentre la póliza por la Suma Asegurada de la Cobertura Básica alcanzada al momento de la deducción de este gasto, dividido por mil y posteriormente dividido por doce. El factor que se utiliza para el cálculo de este gasto se muestra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Gastos de Administraciones Anuales en la columna Costo al Millar;

c) Gasto Fijo de Administración: es el cargo mensual que se obtendrán dividiendo por doce el monto correspondiente al año de vigencia en el que se encuentre la póliza; y se muestra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Gastos de Administraciones Anuales, en la columna Costo Fijo.

Si estuvieran disponibles, se podrán contratar Beneficios Adicionales para esta póliza, en cuyo caso, el cálculo de los costos de seguro de los mismos será detallado en el clausulado correspondiente.

La Compañía cargará mensualmente los costos estipulados anteriormente al Fondo Total, siempre que exista saldo suficiente para cubrirlos. Los factores y cantidades utilizadas para este cálculo se encuentran en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos que forma parte de este contrato y se encontrarán dentro de los límites registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Nota Técnica respectiva.

3.3.2. Gastos de Administración en porcentaje de la Prima Ahorro

Cargo que se realiza cada vez que la Compañía recibe y aplica una Prima Ahorro, el cual se descontará del Fondo Objetivo. Este cargo se calcula multiplicando el monto de la Prima Ahorro por el porcentaje descrito en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos que forma parte de la carátula de póliza.

3.3.3. Extraprimas sobre el Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento

En caso de que esta cobertura sea extraprimada, la Compañía notificará al Contratante previo a la celebración del contrato de seguro y en caso de aceptación, el Costo de

Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento extraprimado se calculará de la siguiente manera:

- Se adiciona la cantidad resultante de multiplicar el Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento por el factor de Extraprima en Porcentaje correspondiente a esta cobertura, el cual se encuentra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Tabla de Extraprimas, columna Extraprima en Porcentaje.
- Se adiciona la cantidad resultante de multiplicar el Monto Neto en Riesgo por el factor de Extraprima al Millar correspondiente a esta cobertura, el cual se encuentra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Tabla de Extraprimas, columna Extraprima al Millar, dividido por mil y posteriormente dividido por doce.

3.4. Monto Neto en Riesgo

El Monto Neto en Riesgo es la diferencia entre la Suma Asegurada que corresponda, de acuerdo con lo indicado en la cláusula de Ajuste Automático, y el Saldo del Fondo Total.

Este nunca podrá ser menor al 5% del Fondo Total.

3.5. Descuento en prima y costos de seguros por no fumador

El Asegurado que, de acuerdo con sus declaraciones en la solicitud de seguro respectiva, ha sido aceptado por la Compañía como no fumador, se considerará que su edad, para efectos de determinación de Prima Protección y Costos del Seguro es 2 (dos) años inferior a su edad real.

Por tal motivo el Asegurado gozará de los beneficios que ampara la Póliza a que esta cláusula se refiere, determinándose la Prima Protección y los Costos de Seguro especiales para no fumador de acuerdo con lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por el tiempo que establece la Póliza y mientras persistan las condiciones declaradas por el Asegurado en la solicitud respectiva.

En caso de presentarse cambios de dichas condiciones a partir de la fecha de expedición de la Póliza, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, a más tardar en el siguiente aniversario de la Póliza. La Compañía dispondrá de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha en que se reciba la comunicación para resolver si mantendrá en vigor el beneficio o no; de no recibirse comunicación por parte del Asegurado, se asumirá que las condiciones establecidas en la solicitud persisten.

En caso de que la Compañía, de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, decidiera modificar los años de descuento se hará constar en el "ENDOSO DESCUENTO EN EDAD POR SEXO Y/O HÁBITO" mismo que formará parte de la documentación contractual de los nuevos contratos suscritos a partir de esta modificación.

3.6. Descuento en prima y costos de seguros por sexo femenino

Para las Aseguradas de sexo femenino se considera que su edad para efectos de determinación de Prima Protección y Costos del Seguro es 3 (tres) años inferior a su edad real.

Por tal motivo, la Asegurada gozara de los beneficios que ampara la Póliza a que esta cláusula se refiere, determinándose la Prima Protección y los Costos de Seguro especiales por sexo femenino de acuerdo con lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por el tiempo que establece la Póliza de seguro.

En caso de que la Compañía, de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, decidiera modificar los años de descuento se hará constar en el "ENDOSO DESCUENTO EN EDAD POR SEXO Y/O HÁBITO" mismo que formará parte de la documentación contractual de los nuevos contratos suscritos a partir de esta modificación.

3.7. Fondo Total

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, constituida en la Compañía como se describe a continuación:

A. La suma de las Primas Protección y las Primas Ahorro que la Compañía reciba del Contratante y que sean aplicadas a la póliza correspondiente. El ingreso de dichas primas se define en la cláusula Alternativas de Rendimientos;
B. Menos las deducciones o cargos que se generen de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales;
C. Más los rendimientos netos que sean generados por el Fondo Total de acuerdo con las Alternativas de Rendimiento asignadas a la póliza de acuerdo a la cláusula Alternativas de Rendimiento;
D. Menos los retiros parciales.

Los ingresos de las Primas Protección y Primas Ahorro, así como los egresos derivados de las deducciones, se realizarán a través del Fondo Total. Las Primas que pague el Contratante antes de la 16:00 horas ingresarán al Fondo Total al día hábil siguiente, salvo buen cobro de la Compañía. En caso de que el pago de las mismas se haga después del

horario indicado, se considerarán que fueron pagadas al día hábil siguiente e ingresarán al Fondo Total un día hábil después. La consulta para verificar que ingresaron al Fondo Total se podrá hacer un día hábil después de que ingresaron al mismo. Dicho Fondo Total será invertido por la Institución en instrumentos de inversión autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para dichos efectos, buscando conseguir el mayor rendimiento posible y este rendimiento fluctuará de acuerdo con las condiciones del mercado financiero y de los valores en los que se encuentre invertido. Los rendimientos mencionados en el apartado C de la presente cláusula se calcularán sobre el saldo del Fondo Total que tenga la póliza.

3.7.1. Alternativas de rendimiento

El Fondo Total de esta póliza contará con una cuenta denominada alternativa de rendimiento la cual funciona como se muestra a continuación:

- **Fondo Objetivo**: esta Alternativa de Rendimiento se constituye con las Primas Protección y Primas Ahorro realizadas por el Contratante. Los rendimientos de esta Alternativa de Rendimiento tendrán una tasa mínima garantizada de 0.75% anual en caso de que la póliza se encuentre denominada en dólares (USD) y 1% en caso de que la póliza se encuentre denominada en Unidades de Inversión (UDIS). Los excedentes netos sobre la garantía obtenidos por la Compañía como producto de la estrategia de inversión de esta Alternativa de Rendimiento podrán ser acreditados a este mismo a favor del Contratante.

Para efectos del estado de cuenta, en donde se otorga un desglose al Contratante de cómo evoluciona su fondo, la deducción mensual de los costos de Seguro se reflejarán descontados de la Alternativa de Rendimiento Fondo Objetivo.

3.7.2. Suficiencia del Fondo Total

La póliza permanecerá vigente, siempre y cuando exista dinero en el Fondo Total y éste permanezca con saldo positivo en cualquier momento de la vigencia de la póliza para realizar el cobro de los Costos del Seguro. En caso de insuficiencia del Fondo Total, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para ingresar una prima que permita poder realizar el cobro de los Costos del Seguro; de lo contrario los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

3.8. Estado de Cuenta

Al menos una vez cada trimestre, la Compañía enviará al Contratante un estado de cuenta indicando todos los movimientos registrados, desde que se generó el último estado de cuenta, hasta la fecha de corte, así como el saldo acumulado en el Fondo Total.

En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, al menos semestralmente, la Compañía mandará al domicilio indicado en la solicitud de seguro un estado de cuenta impreso en papel al Contratante, que abarque el periodo respectivo, salvo que en la solicitud del seguro el Contratante indique expresamente que desea recibir o consultar toda la información referente a su seguro por medios electrónicos.

La Compañía también proporcionará este Estado de Cuenta al Contratante en el momento en el que él lo solicite por escrito.

3.9. Valor de Rescate

Cuando el Contratante no desee continuar con esta póliza vigente, podrá solicitar el Rescate Total de la póliza por los medios que la Compañía ponga a su disposición, recibiendo una cantidad de dinero denominada Valor de Rescate. Dicho importe será igual al saldo del Fondo Total de la póliza, menos un Castigo por Rescate, y menos, cualquier otro adeudo que tuviera el Contratante en favor de La Compañía.

El Castigo por Rescate Total se calculará multiplicando el porcentaje descrito en la Tabla de Castigos por Rescate de la caratula de la póliza por el monto de primas plan acumuladas que el Contratante haya pagado a la Compañía hasta el momento de la solicitud.

Asimismo, si el Asegurado llega con vida a la fecha de terminación del contrato, la Compañía realizará el pago correspondiente al valor de rescate al que tenga derecho el Contratante a dicha fecha.

Una vez liquidado al Contratante el Valor de Rescate, el presente Contrato de Seguro quedará automáticamente cancelado, cesando automáticamente para ambas partes los derechos y obligaciones derivados del mismo y no podrá ser rehabilitado en ningún momento.

3.10. Retiros Parciales

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá hacer retiros parciales del Fondo Total disponible para tal efecto mediante solicitud por escrito a la Compañía. El retiro parcial podrá ser por cualquier monto siempre que este no exceda del fondo disponible con que cuente el Contratante a la fecha de la solicitud correspondiente.

El fondo disponible será igual al Fondo Total alcanzado de la póliza al momento de la solicitud menos el monto que resulte de multiplicar el porcentaje descrito en la Tabla de Castigos por Rescate de la caratula de la póliza por el monto de primas plan acumuladas que el Contratante haya pagado a la Compañía hasta el momento de la solicitud.

El monto del retiro parcial efectuado por el Contratante será deducido del Fondo Total de la póliza.

El Contratante tendrá derecho a realizar hasta 6 (seis) retiros parciales al año sin costo y una vez excedido el número de retiros gratuitos la Compañía cobrará por cada retiro adicional un monto de 8 Dólares o 25 UDIS según corresponda la moneda de contratación. Lo anterior podrá ser modificado con previo aviso al Contratante mediante la emisión del endoso “Retiros parciales” que formará parte integrante del contrato de seguro, dicha notificación se realizará con al menos 60 (sesenta) días de anticipación a la entrada en vigor de dicho endoso.

3.11. Tratamiento Fiscal

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, se aplicará el tratamiento fiscal correspondiente a los pagos que la Compañía realice al Beneficiario.

El Contratante y/o Beneficiario es el único responsable de cumplir con las obligaciones fiscales que las disposiciones aplicables vigentes determinen para cualquier ingreso que reciba del presente contrato.

3.12. Clausula Anticipo Inmediato al Fallecimiento del Asegurado (CAIF)

La Compañía, se obliga al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el contrato se encuentre en vigor y hubieran transcurrido más de 2 (dos) años desde su expedición, a pagar como anticipo una parte de la Suma Asegurada por fallecimiento al Beneficiario designado en la Póliza, con la solicitud de pago de este beneficio y la presentación de los documentos listados en esta cláusula.

La cantidad que por este conducto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a la que el Beneficiarios tenga derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta cláusula.

Límite máximo

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será igual al 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada por Fallecimiento considerando como tope máximo un anticipo de

1,500 (mil quinientas) veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha del siniestro.

Restricción de Retiros Parciales

Al ejercer el derecho que brinda esta cláusula, el Contratante no podrá realizar solicitud alguna de Retiros Parciales.

Trámite de Siniestro

Al terminar el pago del anticipo inmediato por fallecimiento del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe:

1. Carta Original del Beneficiario solicitando el anticipo (con nombre, fecha, número de Póliza y firma).
2. Certificado de defunción del Asegurado.
3. Carátula de la Póliza o en su caso el endoso donde aparezca el Beneficiario designados (si existiera o si la tuviera).
4. Identificación oficial vigente del representante legal con firma y fotografía.

4. BENEFICIOS ADICIONALES

4.1. Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente - SAIT

Las siguientes bases regirán mientras esta cobertura se encuentre amparada en la Carátula de la Póliza de seguro al que se adicione, y esta se encuentre vigente.

1. Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente, la afección involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado en la fecha de contratación de esta cobertura, derivadas de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

También se considera como invalidez total y permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los pies, o de una mano y un pie, o de una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Se entiende por:

1. Pérdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie la anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, y
3. Pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión de ambos ojos.

2. Cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el Asegurado se invalida de manera total y permanentemente, la Compañía se compromete a pagar al Beneficiario, la Suma Asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición siempre y cuando se acredite ante la Compañía el estado de invalidez total y permanente de acuerdo con lo siguiente:

a) Si el Asegurado se encuentra afiliado a algún Instituto de Salud Pública. Con el dictamen, que con carácter de definitivo sea emitido por el Instituto correspondiente dentro del cual se declare el estado de invalidez total y permanente, o

b) Si el Asegurado no se encuentra afiliado a ningún Instituto de Salud Pública: Con el dictamen que realice un médico especialista en Medicina del Trabajo con apoyo de la información documental del médico especialista en la materia que origino la invalidez, en el que se determine la imposibilidad médica de mejoría o recuperación de la capacidad para el trabajo. La Compañía se reserva el derecho de realizar las pruebas médicas que a juicio de un médico especialista se consideren necesarias para comprobar la invalidez total y permanente del Asegurado.

Una vez liquidada la indemnización o demostrada la improcedencia de esta, se extinguirá en ese momento la obligación que la Compañía haya contraído con el Asegurado y/o Contratante para este beneficio

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado en virtud de su capacidad económica. Podrá declinarse el siniestro si los tratamientos para corregir la invalidez se encuentran al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el DICTAMEN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE dictado 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. La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula “Arbitraje” de las condiciones generales de la cobertura básica a las que se adicione esta cobertura adicional.

3. Vigencia

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la póliza o a partir de la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad, lo que ocurra primero, eliminando el pago de la aportación correspondiente por este beneficio, así como la deducción de su respectivo costo.

4. Prima

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la aportación respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la Póliza de la cobertura básica a la que se adiciona.

5. Costo del Seguro (Cargo al Fondo Total)

El costo de esta cobertura se deducirá mensualmente del Fondo Total de la póliza, y se obtiene multiplicando la Suma Asegurada contratada para este beneficio por el factor de esta cobertura adicional, correspondiente a cada aniversario de la póliza, dividido por mil y luego dividido por doce. El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Costos del Seguro Anuales al Millar de Suma Asegurada, en la columna correspondiente a este beneficio.

6. Extraprimas sobre el Costo de Seguro del Beneficio Adicional

En caso de que este beneficio sea extraprimado la Compañía notificará al Contratante previo a la celebración del contrato de seguro y en caso de aceptación, el Costo del beneficio adicional extraprimado se calculará de la siguiente manera:

- Se adiciona la cantidad resultante de multiplicar el Costo de Seguro de esta cobertura por el factor de Extraprima en Porcentaje de este beneficio el cual se encuentra en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Tabla de Extraprimas, columna Extraprima en Porcentaje.

- Se adiciona la cantidad resultante de multiplicar la Suma Asegurada de este beneficio por el factor de extraprima al millar correspondiente a este beneficio, el cual se encuentra en la Tabla de Costos del Seguro y Gastos Administrativos, en la sección Tabla de Extraprimas, columna Extraprima al Millar, dividido por mil y posteriormente dividido por doce.

7. Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este beneficio adicional son:

- Edad mínima de aceptación: 18 años
- Edad máxima de aceptación: 55 años

La edad de cancelación de la cobertura corresponderá al año Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad, sin necesidad de declaración especial ni de resolución o notificación judicial de ninguna índole por parte de la Compañía.

8. Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- ✓ **Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**
- ✓ **Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- ✓ **Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- ✓ **Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- ✓ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puestos establecidos.**
- ✓ **Accidentes que ocurran por participar directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- ✓ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

- ✓ **Accidentes que ocurran 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.**
- ✓ **Radiaciones atómicas.**
- ✓ **Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las 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.

- ✓ **Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- ✓ **Lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia de esta cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cédula profesional.**
- ✓ **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.**

9. Procedimiento en caso de Siniestro

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información que prueben su invalidez y que a su vez esta sea total y permanente, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

9.1. Tramite de Siniestros

Al tramitar el pago por el siniestro de un Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

- ✓ **Invalidez**

1. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
2. Original de identificación oficial vigente con firma y fotografía del asegurado (INE, pasaporte vigente, cartilla del Servicio Militar Nacional (SMN), cédula profesional).
3. Original de comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono predial, agua, suministro de gas natural).
4. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
5. Llenar formato “Declaración de Invalidez o pérdida de miembros”.
6. Llenar formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”.
7. Expediente clínico completo, forma ST4 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad Y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
8. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados; por ejemplo: toxicológicos, balística, etc. (en caso de existir).

5. GLOSARIO

Asegurado: Es la persona física que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.

Beneficiario : Persona designada por el Asegurado, quien recibirá el monto que por indemnización corresponda, de acuerdo con lo que se establezca en la Carátula de la Póliza

Carátula de la Póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematizaciones de los derechos y obligaciones de las partes.

Condiciones Generales: Es el conjunto de principios básicos que establece la Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

Condiciones Particulares: Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

Contratante: Es la persona física o moral que, con el consentimiento del Asegurado, ha solicitado la expedición de esta póliza y que se obliga con la Institución al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por virtud del cual la Compañía se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato. La póliza, la solicitud, las condiciones generales, las particulares y las adicionales, las tablas de costos de seguro y endosos forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.
Periodo de gracia: Plazo que establece la Compañía para efectuar el pago de la prima a que tenga obligación el Contratante para mantener su póliza de seguro en vigor.

Póliza: Documento emitido por la Compañía en el que consten los derechos y obligaciones de las partes.

Reserva matemática: Hace referencia al Fondo Total definido en la cláusula con el mismo nombre.

Suma Asegurada: Es el monto de protección contratado y que pagará la Compañía de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato, para cada una de las coberturas contratadas. Para efectos de este Contrato la Suma Asegurada se establece en la carátula de la Póliza.

Unidad de Inversión (UDI): Las Unidades de Inversión (UDI) son unidades de valor que establece el Banco de México para solventar las obligaciones de los créditos hipotecarios o de cualquier acto mercantil o financiero. Su valor varía diariamente para mantener el poder adquisitivo del dinero y es publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF). El procedimiento para el cálculo de las UDI fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 4 de abril de 1995.El Banco de México publicará en el Diario Oficial de la Federación el valor en moneda nacional de la Unidad de Inversión (UDI), para cada día, conforme a lo siguiente: a) a más tardar el día 10 de cada mes publicará el valor correspondiente a los días 11 a 25 de dicho mes, y b) a más tardar el día 25 de cada mes publicará el valor correspondiente a los días 26 de ese mes a 10 del mes inmediato siguiente.

Unidad de Medida y Actualización (UMA): Es la referencia económica en pesos que se utiliza como unidad de cuenta, índice, base o medida para determinar el límite máximo que la Compañía adquiere con el Asegurado por la Cláusula de Anticipo Inmediato al Fallecimiento del Asegurado (CAIF) así como por la Cláusula de Anticipo de suma asegurada por Enfermedad Terminal (CAET) para efectos del presente registro. El valor de la UMA se calcula anualmente por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

(INEGI) y para efectos de este contrato será el que corresponde al año de la contratación del seguro, el cual puede ser consultado en www.inegi.org.mx

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especialidad de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life S.A de C.V., Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 800 00 5555, atencionaclientes@insignialife.com, o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 5340 0999 y 800 99 98080 asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx.

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 11 de septiembre de 2025 con el número CNSF-S0111-0426-2024/CONDUSEF-006660-03.