Insignia Life®
El seguro de tu vida®

Empresa del Grupo MAPFRE

Condiciones Generales y Particulares

Insignia Life Universal 2024

Vida Individual

Insignia Life, S.A. de C.V.

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555
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 6
1.11. Información para operaciones 6
1.12. Comisiones 6
1.13. Omisiones o declaraciones inexactas 7
1.14. Indisputabilidad 7
1.15. Suicidio 7
1.16. Aviso de siniestro 8
1.17. Procedimiento de reclamación en caso de siniestro 8
1.18. Lugar y Pago de la indemnización 8
1.19. Liquidación 9
1.20. Interés moratorio 9
1.21. Extinción de las obligaciones de la compañía 9
1.22. Prescripción 9
1.23. Competencia 10
1.24. Arbitraje 11
1.25. Carencia de restricciones 11

1.26. Agravación de riesgo 11
1.27. Cesión 13
1.28. Uso de medios electrónicos 13
1.29. Preceptos legales 14
1.30. Conversión 14
1.31. Confidencialidad de la información 14
2. CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA BÁSICA 15
2.1. Características del producto 15
2.2. Edad 15
2.3. Trámite de siniestros 15
2.4. Consideraciones de Contratante y Asegurado 18
3. DETALLE DE LA COBERTURA BÁSICA 18
3.1. Protección Contratada 18
3.1.1. Beneficios por Fallecimiento Indemnización Cobertura A 18
3.1.2. Beneficio por Supervivencia 19
3.1.3. Ajuste Automático de Suma Asegurada 19
3.1.4. Modificación de Suma Asegurada 19
3.2. Primas 20
3.2.1. Prima Plan 20
3.2.2. Aportación Extraordinaria 21
3.3. Costos del Seguro 23
3.3.1. Cargos mensuales al Fondo Total 23
3.3.2. Gastos de Administración en porcentaje de la Prima Ahorro 24
3.3.3. Gastos de Administración en porcentaje de la Aportación Extraordinaria 24

3.3.4. Extraprimas sobre el Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica de Fallecimiento 24
3.4. Monto Neto en Riesgo 24
3.5. Descuento en prima y costos de seguros por no fumador 25
3.6. Descuento en prima y costos de seguros por sexo femenino 25
3.7. Fondo Total 26
3.7.1. Alternativas de rendimiento 26
3.7.2. Transferencia automática 27
3.7.3. Suficiencia del Fondo Total 27
3.8. Estado de Cuenta 28
3.9. Valor de Rescate 28
3.10. Retiros Parciales 29
3.11. Tratamiento Fiscal 29
3.12. Clausula Anticipo Inmediato al Fallecimiento del Asegurado (CAIF) 29
3.13. Cláusula Anticipo de suma asegurada por Enfermedad Terminal (CAET) 30
4. BENEFICIOS ADICIONALES 33
4.1. Beneficio de Exención de Costos del Seguro (BECS) 33
4.2. Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente - SAIT 39
4.3. Beneficios Adicionales de Accidentes 45
5. GLOSARIO 54

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

De acuerdo con el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier modificación al presente Contrato, se hará constar por escrito y con consentimiento previo de las partes contratantes, siendo obligación de la Compañía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que cualquier modificación al presente Contrato sea previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo con lo siguiente:

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

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

Por lo anterior, el agente o cualquier otra persona que no este expresamente autorizada por la Compañía, y son que lleve el proceso anteriormente señalado, no podrá solicitar o autorizar modificaciones al presente contrato.

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, tendrán 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 Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, 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.

La Compañía notificará en forma fehaciente al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración, conforme a lo establecido en el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.14. Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla 2 (dos) 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 2 (dos) 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 los Beneficiarios 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 en 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 pagará en una sola exhibición cualquier concepto que 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, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con 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 disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

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 sólo pueden cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

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

  Edad mínima de aceptación: 18 años de edad.

  Edad máxima de aceptación: 70 años de edad.

- Edad Alcanzada

  Edad mínima de aceptación: 18 años de edad.

  Edad máxima de aceptación: 55 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”, que será proporcionado por la Compañía, debiendo ser 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 titular.
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:

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.

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

.

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 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.

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 de uno de los Beneficiarios solicitando el anticipo (con nombre, fecha, número de Póliza y firma).
2. Certificado médico de defunción del Asegurado.
3. Carátula de la Póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los Beneficiarios designados (si existiera o si la tuviera).
4. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.

Al tramitar el pago del anticipo por Enfermedad Terminal del Asegurado, la documentación que se debe recabar del Asegurado, será la que a continuación se describe:

1. Carta del Asegurado solicitando el anticipo por enfermedad terminal (con nombre, fecha, número de póliza y firma), original.
2. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”, original.
3. Formato “Informe médico cobertura enfermedades graves y enfermedades terminales”, original.
4. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la Enfermedad Terminal y en donde se especifique la esperanza de vida del Asegurado.
5. Todos los exámenes, análisis, historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado.
6. Copia de la identificación oficial con firma y fotografía del Asegurado.

Copia del comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).

2.4. 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.

3.1.2. Beneficio por Supervivencia

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento indicada en la Carátula de la Póliza, la Compañía entregará al Contratante el saldo total del Fondo Total de la póliza acumulado a esa fecha.

Vencimiento anticipado

En cualquier momento a partir de que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad, y que la póliza haya estado en vigor al menos 5 (cinco) años, siendo el Contratante la misma persona que el Asegurado; el Contratante podrá solicitar se le entregue el valor total del saldo disponible del Fondo Total como Beneficio por Supervivencia de la póliza constituido a la fecha que se ejecute el movimiento, en caso de no cumplirse las condiciones señaladas, la póliza será cancelada por Rescate Total. Esta cobertura seguirá el tratamiento fiscal correspondiente, de acuerdo con la legislación vigente.

3.1.3. 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

3.1.4. Modificación de Suma Asegurada

El Contratante, mediante solicitud por escrito a la Compañía, podrá modificar la suma asegurada originalmente contratada siempre y cuando cumpla con los requisitos de suscripción vigentes, en el caso de aumento, y con las políticas vigentes para la disminución de esta.

La Compañía en todos los casos se reserva el derecho de aceptar, con base en sus políticas vigentes, cualquier movimiento de suma asegurada que por concepto de aumento o disminución desee realizar el Contratante. En caso de no aceptarla, la Compañía notificara al contratante el importe máximo de movimiento que puede realizar a dicha suma asegurada en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales a partir de la recepción de la solicitud, conservando el Contratante su derecho a rescatar la póliza, de acuerdo con la cláusula Valor de Rescate, en caso de así convenir a sus intereses y/o necesidades.

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.

Si la póliza quedase cancelada por falta de pago de primas o por insuficiencia del fondo para la deducción de los costos de seguro correspondientes, el Contratante reconoce y acepta que el presente seguro no admite rehabilitación, por lo que, una vez cancelada la póliza, ésta no podrá ser reestablecida ni reactivada en fecha posterior.

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.

A. Prima Protección

Será la prima anual sugerida que sirve para la constitución del Fondo Total de la póliza, de acuerdo a 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. Esta prima se estipula en la carátula de la póliza.

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 a la cláusula Fondo Total. Esta prima se estipula en la carátula de la póliza.

3.2.2. Aportación Extraordinaria

El Contratante podrá solicitar la modificación de dicho monto mediante solicitud por escrito a la Compañía. La Compañía en todos los casos se reserva el derecho de aceptar, con base en sus políticas vigentes, cualquier movimiento de prima de ahorro que por concepto de aumento o disminución desee realizar el Contratante. En caso de no aceptarla, la Compañía notificaría al Contratante el importe máximo de 30 (treinta) días naturales a partir de la recepción de la solicitud, conservando el rescate, en caso de así convenir a sus intereses y/o necesidades.

Será cualquier prima que, en su caso, ingrese el Contratante a la póliza por el monto y en el momento que él decida o de acuerdo a lo definido en las políticas de la Compañía, en adición a la Prima Protección y a la Prima Ahorro. Dicha prima también contribuirá a la constitución del Fondo Total de la póliza, de acuerdo a lo descrito en la cláusula Fondo Total.

En todos los casos, la Compañía se reserva el derecho de aceptar cualquier prima que, por concepto de Aportación Extraordinaria, con base en sus políticas de suscripción vigentes, desee ingresar el Contratante. En caso de no aceptarla, La Compañía notificará y devolverá al Contratante el importe de dicha prima en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de notificado del rechazo.

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. Gastos de Administración en porcentaje de la Aportación Extraordinaria

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

3.3.4. 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 a 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 a 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 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 gozará 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 a 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, las Primas Ahorro y las Aportaciones Extraordinarias 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 a 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, Primas Ahorro y Aportaciones Extraordinarias, 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 dos cuentas denominadas alternativas de rendimiento las cuales funcionan 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 obtenidos por la Compañía como producto de la inversión de esta Alternativa de Rendimiento del Fondo Total, serán acreditados a este mismo a favor del Contratante.
- **Fondo Extraordinario**: Se constituye de todas las Aportaciones Extraordinarias que realice el Contratante. Esta Alternativa de Rendimiento será invertido por la Compañía en instrumentos de inversión autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para dichos efectos, buscando conseguir el mayor rendimiento posible; sin embargo, este rendimiento fluctuará de acuerdo con las condiciones del mercado financiero por lo cual no tendrá una tasa mínima anual garantizada.

Para efectos del estado de cuenta, en donde se otorga un desglose al Contratante de cómo evolucionan sus fondos, la deducción mensual de los costos de Seguro se reflejan descontados en primera instancia de la Alternativa de Rendimiento Fondo Objetivo; y en caso de no contar con recursos suficientes para hacer dicha deducción, se llevará a cabo de la Alternativa denominada Fondo Extraordinario.

3.7.2. Transferencia automática

Si el Contratante no realiza el ingreso de la Prima Protección dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha que corresponde de acuerdo a la forma de pago pactada, con la finalidad de constituir el Fondo Objetivo que permita cubrir los costos del seguro correspondientes a la protección del Asegurado, la Compañía llevará a cabo una transferencia automática de la Alternativa de Rendimiento Fondo Extraordinario a la Alternativa de Rendimiento Fondo Objetivo por el monto de la Prima Protección o por el monto total disponible del saldo de la Alternativa de Rendimiento Fondo Extraordinario en caso de que este sea menor que la prima Protección.

En caso de que el saldo del Fondo Extraordinario sea cero, se continuará con el proceso establecido en la cláusula 3.3. Costos de Seguro.

3.7.3. 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.

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 en el siguiente orden: el dinero saldrá de la Alternativa de Rendimiento Fondo Extraordinario y, en caso de no existir dinero en dicha alternativa o que este no sea suficiente, se deducirá de la Alternativa de Rendimiento Fondo Objetivo.

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, los pagos que realicen las Instituciones de Seguros a sus Asegurados, Contratantes o Beneficiarios, podrán causar retención de impuestos. Cuando proceda, el cálculo específico de los impuestos y las tasas impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo a dichas disposiciones en la fecha de pago.

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.

Beneficiarios

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago que corresponda se hará a aquél que presente a la Compañía los documentos descritos en la presente cláusula, siempre que su parte de la indemnización de la cobertura básica sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La cantidad que por este conducto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tengan 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 y Disminución de Suma Asegurada

Al ejercer el derecho que brinda esta cláusula, el Contratante, en caso de ser una persona diferente al Asegurado, ya no podrá realizar solicitud alguna de Retiros Parciales o disminución de Suma Asegurada.

3.13. Cláusula Anticipo de suma asegurada por Enfermedad Terminal (CAET)

Enfermedad Terminal: Se entenderá por enfermedad terminal a cualquier padecimiento de carácter irreversible, progresivo e incurable, que se encuentre en estado avanzado y que conlleva irremediablemente a la muerte del Asegurado, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuyo pronóstico de vida para el Asegurado sea menor de 6 (seis) meses.

No se considerará como tratamientos médicos curativos a aquellos cuya función sean solo estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Cobertura

Si al Asegurado se le diagnostica por primera vez una Enfermedad Terminal, la Compañía le pagará un anticipo de la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento hasta por el Límite Máximo establecido en esta cláusula, siempre y cuando el diagnóstico se haya realizado mientras el contrato se encuentre vigente y hayan transcurrido 6 (seis) meses de su inicio de vigencia y siempre que la esperanza de vida del Asegurado de acuerdo al dictamen médico sea menor a 6 (seis) meses.

El Asegurado o su representante legal deberá solicitar por escrito a la Compañía el pago del anticipo de suma asegurada por Enfermedad Terminal al que esta cláusula se refiere, presentando el dictamen médico en donde se indique que la esperanza de vida del Asegurado es menor a 6 (seis) meses, el cual deberá ser avalado por una Institución del Sistema Nacional de Salud o un Médico Especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la Enfermedad Terminal, así como todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado, documentación que deberá ser validada por el médico dictaminador de la Compañía.

En caso de que el médico dictaminador de la Compañía no ratifique el Dictamen de Enfermedad Terminal presentado por el Asegurado, las partes concuerdan en someterse a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo, quien establecerá el procedimiento de arbitraje al que se deberán sujetar, el cual será vinculante. Ambas partes firmarán un convenio arbitral y concuerdan que la sentencia que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas.

La Compañía y el reclamante aceptan que si se acude a esta instancia y se someten a comparecer ante un árbitro y a sujetarse al procedimiento que sea establecido por dicho árbitro, el dictamen que se emita será el definitivo y renuncian a cualquier otro derecho para resolver su controversia. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

En caso de que el Asegurado se negara a someterse al arbitraje, la opinión del médico Dictaminador de la Compañía prevalecerá, dejando a salvo los derechos del Asegurado para dirimir la controversia ante otras instancias.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

Una vez que la Compañía haya realizado el pago del anticipo por Enfermedad Terminal, el Contratante continuará con el pago de las primas correspondientes, es decir, no se exime del pago de primas o de los cobros a que el Contratante tenga obligación con la Compañía por el presente contrato.

La cantidad que por este conducto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tengan 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 de solicitud.

Restricción de Retiros Parciales

Al ejercer el derecho que otorga esta cláusula, el Contratante sólo podrá realizar solicitud de Retiro Parcial por un monto que no exceda a la diferencia entre la Suma Asegurada Alcanzada y el anticipo otorgado, o al Valor de Rescate, lo que resulte menor.

EXCLUSIONES

1. **Enfermedades Terminales derivadas de actos intencionales del propio Asegurado.**
2. **Enfermedades Terminales diagnosticadas al Asegurado antes del inicio de vigencia de la póliza correspondiente y/o por el cual se haya efectuado un gasto para su tratamiento antes del inicio de vigencia de esta cobertura.**
3. **Cuando el Asegurado sea diagnosticado con SIDA o con la presencia del virus del VIH.**
4. **Enfermedades Terminales del Asegurado a consecuencia de riesgos nucleares.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago del anticipo por Enfermedad Terminal del Asegurado, la documentación que se debe recabar del Asegurado, será la que a continuación se describe:

7. Carta del Asegurado solicitando el anticipo por enfermedad terminal (con nombre, fecha, número de póliza y firma), original.
8. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”, original.
9. Formato “Informe médico cobertura enfermedades graves y enfermedades terminales”, original.
10. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la Enfermedad Terminal y en donde se especifique la esperanza de vida del Asegurado.
11. Todos los exámenes, análisis, historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la Enfermedad Terminal del Asegurado.
12. Copia de la identificación oficial con firma y fotografía del Asegurado.
13. Copia del comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).

4. BENEFICIOS ADICIONALES

4.1. Beneficio de Exención de Costos del Seguro (BECS)

Las siguientes bases regirán mientras esta cobertura se encuentre amparada en la Carátula de la Póliza al que se adicione y siempre y cuando ambas coberturas (básica y adicional), se encuentre en vigor.

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 una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano, a la anquiolisis 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, a 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, a la privación completa y definitiva de la visión

2. Cobertura

La Compañía eximirá al Asegurado del pago de costos del seguro puro o cualquier otro costo asociado a la cobertura básica cancelando todos los beneficios adicionales que se tengan contratados si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el asegurado se invalida total y permanentemente, lo que deberá ser acreditado ante la compañía 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 por un estado de invalidez de naturaleza 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 origine 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.

La obligación que mantiene la Compañía derivado de la presente cobertura se extinguirá por el pago de la suma asegurada que este realice a favor del asegurado.

Si el asegurado determina reducir la suma asegurada de la cobertura básica que ampara la póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

La exención del costo del seguro, será respetando las características originales del plan, de modo que la suma asegurada de la cobertura básica, se mantendrá vigente de acuerdo

con lo estipulado en las Condiciones Generales. Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

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 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 de exención de costo del seguro puro comenzará a surtir efecto en la fecha en que se haya comprobado a la Compañía el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

Cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, la Compañía podrá exigir la comprobación de que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado. Si éste se niega a esa comprobación, cesará este beneficio, debiendo el Asegurado o Contratante reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que esto ocurra.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre dentro de los primeros 6 (seis) meses transcurridos a partir del momento en que se haya comprobado a la Compañía el estado de invalidez total y permanente del Asegurado, en este caso, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este beneficio.

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o 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, eliminándose la prima y el costo de seguro correspondiente por esta cobertura.

4. Prima

Este beneficio se concede mediante la obligación del pago de la aportación respectiva, la que deberá ser cubierta junto con 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 de Total de la póliza, y se obtiene multiplicando la prima anual de la Cobertura Básica 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 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 en Porcentaje.
- Se adiciona la cantidad resultante de multiplicar la prima anual de la Cobertura Básica por el factor de Extraprima al millar de 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 esta cobertura 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 puertos establecidos.**
- ✓ **Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de la 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 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 emitido 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.**
- ✓ **Envenenamientos 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. Trámite 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 (tres) 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 “Declaraciones de Invalidez ó 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.

4.2. 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 siempre y cuando ambas coberturas (básica y adicional), se encuentre en vigor.

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.

2. Cobertura

La Compañía pagará al asegurado la suma asegurada contratada en una sola exhibición si durante la vigencia de la cobertura de este beneficio adicional, el asegurado se invalida total y permanentemente, lo que deberá ser acreditado ante la compañía de acuerdo con lo siguiente:

c) 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 por un estado de invalidez de naturaleza total y permanente, o

d) 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 origine 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.

La obligación que mantiene la Compañía derivado de la presente cobertura se extinguirá por el pago de la suma asegurada que este realice a favor del asegurado.

Si el asegurado determina reducir la suma asegurada de la cobertura básica que ampara la póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a 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 ó 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).

4.3. Beneficios Adicionales de Accidentes

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza que se adicione y siempre y cuando ambas coberturas (Básica y adicional), se encuentren en vigor.

1. Definición de accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Vigencia

Este beneficio se cancelará a partir de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad o al término del plazo de pago de primas, lo que ocurra primero, eliminando el pago de la prima correspondiente por esta cobertura, así con la deducción de su respectivo costo.

3. Prima

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

4. Costo del Seguro (Cargo al Fondo Total)

El costo de esta cobertura se deducirá mensualmente del Fondo Total El monto del retiro parcial efectuado por el Contratante será deducido del Fondo Total de la póliza en el siguiente orden: el dinero saldrá de la Alternativa de Rendimiento Fondo Extraordinario y, en caso de no existir dinero en dicha alternativa o que este no sea suficiente, se deducirá de la Alternativa de Rendimiento Fondo Objetivo.

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.

5. 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.

6. Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta cobertura adicional son:

- Edad mínima de aceptación: 18 años
- Edad máxima de aceptación: 70 años

La edad de cancelación de la cobertura corresponderá al año Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, sin necesidad de declaración especial ni de resolución o notificación judicial de ninguna índole por parte de la Compañía.

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

7. Beneficio de Indemnización por Muerte Accidental (MA)

Este beneficio se encuentra amparado siempre y cuando haya sido contratado y se indique en la carátula de la póliza.

7.1. Cobertura

La Compañía pagará la Suma Asegurada por muerte accidental (MA) que se señala en la carátula de la póliza, si el Asegurado llegara a fallecer a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores a él.

Si el Asegurado determina reducir la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente ocurrido durante el periodo de vigencia de este beneficio y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al mismo. Corresponderá a los beneficiarios, demostrar el carácter de accidental de la muerte del Asegurado.

8. Beneficio de Indemnización por Muerte Accidental o Perdidas Orgánicas (MAPO)

Este beneficio se encuentra amparado siempre y cuando haya sido contratado y se indique en la carátula de la Póliza.

8.1. Cobertura

La Compañía pagará por una sola vez, mediante la cancelación de este beneficio, una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. Si al momento de la emisión el Asegurado ya presentara alguna pérdida orgánica que a continuación se detallan, quedará excluida dicha pérdida de este beneficio.

La indemnización establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o la o las pérdidas orgánicas amparadas, se debieron a un accidente ocurrido durante el periodo de vigencia de este beneficio y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al siniestro.

Corresponderá al propio Asegurado o a los Beneficiarios, demostrar el carácter de accidental de las pérdidas orgánicas o de la muerte del Asegurado.

La indemnización por este beneficio será igual a la suma asegurada vigente en la fecha en que ocurra el fallecimiento o la pérdida orgánica. Si el Asegurado determina reducir la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte este beneficio, automáticamente, en su caso, se reducirá en la misma proporción el importe de la indemnización y de la prima que corresponda a este beneficio.

En ningún caso dicha indemnización podrá ser mayor a la suma asegurada por fallecimiento que ampara la Póliza de la que forma parte.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultare una o más pérdidas orgánicas, de las descritas en la tabla de indemnizaciones, se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada para este beneficio.

El pago relativo a la letra "A" de la siguiente tabla se hará al Beneficiario o a los Beneficiarios designados en la Póliza, y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

	Por la pérdida de:	% de Indemnización Básica
A	La vida	100 %
B	Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
C	Una mano y un pie	100 %
D	Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100 %
E	Una mano o un pie	50 %
F	La vista de un ojo	30 %

Se considera como:

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

8.2. Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Colectiva (MAPOC)

La indemnización pagadera según las estipulaciones de la tabla anterior se duplicará cuando la muerte o las pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado sean a consecuencia de:

- Accidente que sufra en un vehículo que no sea aéreo en el cual viajare el Asegurado como pasajero, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- Accidente que sufra en ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el Asegurado (con exclusión de los ascensores de las minas, pozos petroleros, construcciones o similares); o
- Accidentes a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el Asegurado previo al manifestarse dicho incendio.

9. Exclusiones Aplicables a las coberturas de Accidentes

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

- ✓ **Lesiones provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado, cualquiera que sea su causa.**
- ✓ **Si la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra se debe a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas por las lesiones a que este beneficio se refiere.**
- ✓ **Infecciones, exceptuando las que acontezcan como consecuencia directa de una lesión accidental cubierta.**
- ✓ **Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- ✓ **Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental**
- ✓ **Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.**
- ✓ **La muerte o las pérdidas orgánicas sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- ✓ **La muerte o las pérdidas orgánicas sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.**
- ✓ **La muerte o las pérdidas orgánicas causadas a consecuencia de 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 autorizado en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- ✓ **Accidentes que ocurran por participación 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.**
- ✓ **Accidentes 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 la cobertura, que fueron diagnosticados por un médico con cédula profesional.**
- ✓ **Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas (en su caso) después de transcurridos 90 (noventa) días de la fecha de ocurrencia del accidente que les dio origen.**

10. Procedimiento 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.

10.1. Trámite 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.

✓ **Fallecimiento**

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción de Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de Nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los beneficiarios designados.

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

- Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, por qué ocurrio el siniestro).
- Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
- Autopsia (determinación de causa de muerte) o dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia)
- Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
- Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).

- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

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 que hayan fallecido.

✓ **Pérdidas orgánicas (si el riesgo fue contratado)**

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado, original.
2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”, original.
3. Actuaciones del ministerio público que tomó parte de los hechos, en sus partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística. etc.).
4. Expediente clínico completo, forma ST-3 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.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.

6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor 3 (tres) meses.
8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
9. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan que el beneficio fue contratado.

5. GLOSARIO

Asegurado: Es la persona física o moral que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.
Beneficiario: Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.
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.
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., Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800. 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 el día 28 de agosto 2026 con en número MODI-S0111-0014-2026/CONDUSEF-007301-02.