

SEGUROS



PLAN VIVE

SEGURO DE VIDA

CONDICIONES GENERALES

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como Seguros SURA, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a. Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b. Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx
- c. Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
2. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
3. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
4. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurossura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico. Cookies en nuestra página de Internet Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un período determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: septiembre 2016

CONTENIDO	PÁGINA
I. DEFINICIONES	3
1. Asegurado	3
2. Beneficiario	3
3. Compañía	3
4. Contratante	3
5. Enfermedad Preexistente	3
6. Extraprima	4
7. Periodo de Espera	4
8. Póliza o Contrato de Seguro	4
9. Prima	4
10. Siniestro	4
11. Suma Asegurada	4
12. UMA	4
13. Valores Garantizados	4
II. OBJETO DEL SEGURO	6
III. COBERTURA BÁSICA	6
1. Cobertura básica o por fallecimiento	6
2. Vigencia	6
3. Edades de aceptación	6
4. Descuentos en la edad	6
5. Funcionamiento de los Valores Garantizados	7
IV. COBERTURA BÁSICA OPCIONAL	8
1. Coberturas por gastos funerarios	8
V. BENEFICIOS INCLUIDOS	10
1. Anticipo por fallecimiento	10
2. Anticipo por enfermedad terminal	11
VI. COBERTURAS ADICIONALES	13
1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	13
2. Coberturas adicionales por Accidentes	18
3. Cobertura adicional por enfermedades graves	22
4. Cobertura adicional por indemnización diaria por hospitalización	30
VII. ASISTENCIAS	32
1. Servicios de asistencia médicas	32
2. Servicio de asistencia legal	34
3. Servicio de asistencia funeraria	34
4. Exclusiones	35
5. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencias	37
VIII. CLÁUSULAS GENERALES	37
1. Designación de Beneficiarios	37
2. Pago de la Prima	38
3. Moneda	39

CONTENIDO

PÁGINA

4. Rectificación de la Póliza	41
5. Disputabilidad	41
6. Omisiones o inexactas declaraciones	41
7. Modificaciones y notificaciones	42
8. Agravación del riesgo	42
9. Rehabilitación	43
10. Suicidio	44
11. Edad	44
12. Pago del seguro	45
13. Intereses moratorios	45
14. Régimen fiscal	45
15. Prescripción	45
16. Competencia	46
17. Terminación del Contrato de Seguro	46
18. Intermediación o revelación de comisiones	47
19. Renovación	47
20. Terminación anticipada del Contrato de Seguro	48
21. Aviso de Siniestro o reclamación	48
22. Entrega de documentación contractual	50
23. Uso de medios electrónicos	50
24. Terminación del Contrato de Seguro a través de medios electrónicos	51
25. Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos	51
IX. MARCO LEGAL	52



I. DEFINICIONES

Los siguientes términos utilizados con mayúscula inicial en las presentes condiciones generales tienen los significados que se les atribuyen a continuación, independientemente de que dicho término se utilice en singular o plural.

1. Asegurado

Persona física sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

2. Beneficiario

Aquella persona designada por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento. En caso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica, anticipo por enfermedad terminal o enfermedades graves, se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Compañía

Seguros SURA, S.A. de C.V.

4. Contratante

Persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí o para un tercero y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones aplicables a este Contrato de Seguro. Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física, podrá ser Asegurado. En caso de que el Contratante sea diferente al Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la Póliza y en su caso, se deberá recabar el consentimiento respectivo.

5. Enfermedad Preexistente

Lesión o enfermedad cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este Contrato de Seguro que:

- a. Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b. Haya provocado un gasto documentalmente comprobable para su tratamiento, previamente a la celebración del Contrato de Seguro.

6. Extraprima

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado.

7. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza, su última rehabilitación o cobertura o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado, según sea el caso, para que opere cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

8. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la carátula de la Póliza, sus endosos, tabla de Valores Garantizados y las condiciones generales.

9. Prima

Es el costo del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada y la edad del Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro, renovación del seguro o de la contratación de una cobertura adicional.

10. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro, que da origen al pago de la Suma Asegurada.

11. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas.

12. UMA

Unidad de Medida y Actualización diaria, referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

13. Valores Garantizados

Son los derechos que tiene el Contratante sobre la cobertura básica en caso de no continuar con el pago de la Prima y/o cancelar la Póliza; siendo los Valores Garantizados: el Valor en Efectivo o Rescate, el Seguro Saldado o el Seguro Prorrogado.



II. OBJETO DEL SEGURO

Seguro de vida mediante el cual, en caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada siempre y cuando dicho fallecimiento haya ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza especificada en la carátula de la Póliza.

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en la carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en ésta, a partir del momento en que el Contratante tiene conocimiento de la aceptación por parte de la Compañía.

III. COBERTURA BÁSICA

1. Cobertura básica por fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de pago del seguro.

2. Vigencia

La Póliza se mantendrá en vigor durante el periodo comprendido entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de término de vigencia. El plazo de seguro se indicará en la carátula de la Póliza.

Al final de la vigencia estipulada, con la supervivencia del Asegurado terminan los efectos de este Contrato de Seguro quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tuviere con éste.

3. Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para esta cobertura son las comprendidas de 18 a 70 años.

4. Descuentos en la edad

Se aplicará un descuento de 2 años respecto a la edad real para efectos de la determinación de Primas, a los Asegurados que la Compañía considere como no fumadores de acuerdo con la información proporcionada por el Asegurado en la solicitud de seguro; el descuento será aplicable para la cobertura básica y las coberturas adicionales contratadas.

La edad mínima de contratación, una vez aplicado el descuento otorgado, nunca podrá ser inferior a 18 años.

5. Funcionamiento de los Valores Garantizados

Los Valores Garantizados se otorgarán a aquellas Pólizas cuya temporalidad sea mayor o igual a 10 años.

El monto de estos valores se encuentra estipulado en la tabla de Valores Garantizados que acompaña a la Póliza. El Contratante tendrá derecho a elegir uno de los Valores Garantizados que más adelante se describen, una vez que haya cubierto el número de años y las Primas anuales pagadas estipulados en la tabla de Valores Garantizados.

Los valores presentados en la tabla de Valores Garantizados representan el valor al que el Contratante tiene derecho sobre la cobertura básica por fallecimiento al final del año Póliza en curso. En caso de solicitar un Valor Garantizado antes de cumplirse el aniversario de la Póliza, los valores que se muestran en la tabla se ajustarán a efecto de reflejar la protección devengada y los intereses ganados por el periodo transcurrido desde el último aniversario de acuerdo con los procedimientos técnicos establecidos en la nota técnica del producto.

Si en adición a lo anterior, el Contratante se encuentra pagando la Prima en exhibiciones parciales y no se ha completado el pago de la Prima anual del año en curso, el valor de la tabla mencionada se ajustará proporcionalmente al tiempo pagado del año en curso; dicho cálculo se realizará considerando el Valor de Rescate del año Póliza anterior más la Prima de riesgo como el valor inicial del año y el Valor de Rescate del año Póliza en curso como el valor final para efecto de obtener el Valor Garantizado proporcional. En caso de solicitar un Valor Garantizado, el Contratante deberá hacerlo por escrito señalando una de las siguientes opciones:

a. Valor en Efectivo o Rescate

El Contratante podrá obtener como Valor en Efectivo o Rescate de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondiente, de acuerdo con su edad de ingreso al seguro, Suma Asegurada, número de años transcurridos y pagados en los que la Póliza haya estado en vigor. Al hacer uso del Valor en Efectivo o Rescate, el seguro quedará cancelado.

b. Seguro Saldado

La Compañía reducirá la Suma Asegurada, de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas y cancelando las coberturas adicionales y opcionales contratadas; por lo que, en caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

c. Seguro Prorrogado

El Contratante mantiene el seguro en vigor sin más pago de Primas por la Suma Asegurada alcanzada a la fecha de conversión, durante el periodo que marca la tabla de Valores Garantizados respectiva, conservando la cobertura por fallecimiento al Asegurado y cancelando las coberturas adicionales y opcionales contratadas.

En caso de que el Contratante haya optado por un Seguro Saldado o Seguro Prorrogado y solicite la terminación anticipada del seguro, podrá obtener como Valor en Efectivo el 100% de la reserva matemática que corresponda.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre el uso de los Valores Garantizados. Si en la fecha de solicitud del Valor Garantizado que se elija, la Póliza se encuentra gravada con algún adeudo éste deberá ser liquidado en su totalidad, o bien, se reducirá la cantidad adeudada al importe a que tenga derecho el Contratante.

IV. COBERTURA BÁSICA OPCIONAL

1. Coberturas por gastos funerarios

En caso de encontrarse como amparadas en la carátula de la póliza o endoso correspondiente, la Compañía otorga las siguientes coberturas:

a. Descripción de coberturas

i. Gastos funerarios titular

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

ii. Gastos funerarios cónyuge

Para efectos de esta cobertura, el Asegurado podrá designar como Asegurado a su cónyuge siempre que éste otorgue su consentimiento

para ser Asegurado. El cónyuge asegurado deberá aparecer indicado en la carátula de la Póliza o en el endoso correspondiente y designar a sus Beneficiarios. En caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

Esta cobertura podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para su cónyuge, siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura de gastos funerarios.

iii. Gastos funerarios hijos

Para efectos de esta cobertura, el Asegurado podrá designar como Asegurado a sus hijos dependientes económicos, siempre que éstos otorguen su consentimiento para ser Asegurados, cuando sean mayores de edad. Los hijos asegurados deberán aparecer en la carátula de la Póliza o en el endoso correspondiente. En caso de ocurrir el fallecimiento de alguno(s) de los hijos asegurados, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada de esta cobertura correspondiente a el(los) hijo(s) fallecido(s). En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos dependientes económicos del Asegurado, la indemnización de esta cobertura se realizará de acuerdo con lo siguiente:

1. Si el fallecimiento del hijo asegurado ocurre antes de cumplir los 12 años de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada topada a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Sinistro.
2. En caso de ocurrir el fallecimiento una vez que el hijo asegurado haya cumplido 12 años de edad, se pagará de la siguiente forma:
 - a. Para menores de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
 - b. Para mayores de edad, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Serán considerados como Asegurados para esta cobertura los hijos del Asegurado dependientes económicos solteros que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 años. Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia del seguro quedarán asegurados a partir de la fecha de su nacimiento y continuarán asegurados durante la vigencia de la cobertura mientras éstos sean considerados sus dependientes económicos; de ser el caso, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía los nacimientos ocurridos, dentro de los 30 días que sigan al día del nacimiento.

Esta cobertura podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para un hijo mayor de edad, siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura de gastos funerarios. En este caso, este seguro recíproco es excluyente del seguro de recíproco Gastos Funerarios para el cónyuge.

b. Vigencia y renovación

Estas coberturas tienen una vigencia anual y al finalizar se renovarán automáticamente por el mismo período y Suma Asegurada contratada, aplicando la tarifa vigente a la renovación. En caso de que el Contratante decida no renovar estas coberturas, deberá notificarlo a la Compañía con al menos 30 días anteriores a que concluya la vigencia anual.

c. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 70. Para hijos dependientes económicos del Asegurado son de 0 a 24 años de edad.

d. Cancelación

Esta cobertura se cancelará para el Asegurado, cónyuge e hijos en caso de:

i. Fallecimiento del Asegurado.

ii. En el aniversario en que la edad cumplida del Asegurado sea de 99 años.

En el caso de los hijos dependientes económicos del Asegurado, para cada hijo, en el aniversario en que la edad cumplida sea 25 años.

V. BENEFICIOS INCLUIDOS

Los beneficios de anticipo por fallecimiento y anticipo por enfermedad terminal se otorgan como apoyo a los Beneficiarios sin costo adicional alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento la cual solventa su otorgamiento. Estos beneficios son excluyentes uno de otro, por lo que solo se puede hacer uso de uno de los anticipos durante la vigencia del Contrato de Seguro.

1. Anticipo por fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado que haya estado cubierto de forma continua por al menos 2 años en este Contrato de Seguro, la Compañía a solicitud de los Beneficiarios les proporcionará un anticipo de la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento.

El monto del anticipo será del 30% de la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento con un máximo de 1,152 veces el valor de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

La cantidad pagada por la Compañía por este beneficio reducirá el monto de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento.

2. Anticipo por enfermedad terminal

Mediante este beneficio y siempre que el Asegurado haya estado cubierto por este Contrato de Seguro continuamente durante al menos 3 meses, la Compañía proporcionará un anticipo de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento.

Este anticipo se pagará una vez que el Asegurado acredite que padece una enfermedad terminal y que, de acuerdo con el diagnóstico médico, su esperanza de vida no supera los 12 meses. El monto del anticipo será del 30% de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento con un máximo de 8,280 veces el valor de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

La cantidad pagada por la Compañía por este beneficio reducirá el monto de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento.

Exclusiones

Quedan excluidas las enfermedades terminales originadas por:

- a. El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional provocada por el Asegurado.**
- b. La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c. Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad dentro de los 2 primeros años de vigencia de la Póliza, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Disputabilidad y Rehabilitación.**
- d. Enfermedad Preexistente.**

La Compañía solo podrá rechazar una reclamación por considerar que una enfermedad es preexistente cuando:

- a. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- b. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

VI. COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas aplican solo si así aparecen indicadas en la carátula de la Póliza o endoso correspondiente y se encuentran vigentes al ocurrir el Siniestro.

1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

a. Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un Accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, se requerirá que ésta no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que éstos no sean accesibles para el Asegurado por virtud de su capacidad económica y que dicha invalidez haya sido continua durante un Periodo de Espera no menor a 6 meses a partir de la fecha en que fue dictaminada.

Se considera también como causa de Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo, o de un pie y la vista de un ojo. En cualquiera de estos casos no opera el Periodo de Espera a que se refiere el párrafo anterior.

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

- i. Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- ii. Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotalar o arriba de ella.
- iii. Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- iv. Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

b. Descripción de coberturas

i. Pago adicional por invalidez

En caso de que el Asegurado sufra una Invalidez Total y Permanente a causa de una enfermedad o Accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura la Compañía pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada al Asegurado, al comprobar su estado de Invalidez Total y Permanente.

ii. Exención de pago de primas por invalidez

Esta cobertura aplica únicamente cuando el Asegurado es también el Contratante.

Se conviene en mantener en vigor la Póliza por la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento sin más pago de Prima, a la fecha en que se haya declarado el estado de Invalidez Total y Permanente al Asegurado a causa de una enfermedad o Accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

Una vez que se determine procedente esta cobertura, la cobertura básica por fallecimiento quedará vigente y las coberturas adicionales y opcionales se cancelarán en forma automática, con excepción del anticipo por enfermedad terminal y el anticipo por fallecimiento que continuarán vigentes.

c. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para tener derecho a la indemnización por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañados del dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución de salud o médico con cédula profesional certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez, los cuales serán evaluados por un médico con cédula profesional certificado y especialista en la materia a fin de determinar si es procedente o no el pago de la indemnización.

La Compañía tendrá derecho de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

d. Vigencia y renovación

La cobertura de pago adicional por invalidez tiene una vigencia anual y al finalizar se renovará automáticamente por el mismo periodo y Suma Asegurada contratada, aplicando la tarifa vigente a la renovación.

La cobertura de exención de pago de Primas por invalidez se mantendrá en vigor durante el periodo comprendido entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de término de vigencia indicadas en la carátula de la Póliza o endoso correspondiente. En caso de que el Contratante decida no renovar estas coberturas, deberá notificarlo a la Compañía con al menos 30 días anteriores a que concluya la vigencia.

e. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas de 18 a 55 años.

f. Cancelación

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 60 años, por lo que se suspenderá el pago de la Prima correspondiente a estas coberturas.
- ii. Al término del plazo de las coberturas y ésta no se renueven.
- iii. Para la cobertura de pago adicional por invalidez, cuando la Compañía pague la Suma Asegurada de esta cobertura al Asegurado.
- iv. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas de Accidente que estuvieren contratadas, y dicho Accidente o enfermedad no hubiese afectado esta cobertura.

g. Exclusiones

Quedan excluidas las coberturas de Invalidez Total y Permanente cuando se deban a:

- i. Cualquier intento de suicidio o lesiones o mutilaciones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- ii. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- iii. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**

- iv. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- v. 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 un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- vi. Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
- vii. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- viii. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- ix. Radiaciones ionizantes.
- x. Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, o alguna droga, enervante, estimulante o similares; excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.
- xi. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un Accidente.
- xii. Enfermedades Preexistentes.

Para los efectos de la exclusión de Enfermedades Preexistentes, la Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Invalidez Total y Permanente argumentando que el padecimiento o enfermedad son preexistentes cuando:

1. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
2. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

2. Coberturas adicionales por Accidentes

a. Definiciones

i. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

ii. Pérdida Orgánica

Para efectos de esta cobertura se entenderá:

1. Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
3. Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
4. Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

b. Descripción de coberturas

i. Muerte accidental

La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, el Asegurado fallece, siempre y cuando esto ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicho Accidente.

ii. Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, el Asegurado sufre una Pérdida Orgánica, siempre y cuando esto ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicho Accidente. La indemnización que se otorgará por la Pérdida Orgánica será acorde a la siguiente tabla:

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

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las Pérdidas Orgánicas amparadas en uno o más Accidentes, se pagarán las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso podrá exceder el importe de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

iii. Muerte accidental colectiva

La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el fallecimiento del Asegurado fuera a consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando esto ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicho Accidente, entendiéndose como tal:

1. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular.
2. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con **exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.**
3. Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

En caso de que se tengan contratadas las coberturas de muerte accidental y muerte accidental colectiva y el Asegurado fallezca a consecuencia de un Accidente Colectivo, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a ambas coberturas.

c. Vigencia y renovación

Estas coberturas tienen una vigencia anual y al finalizar se renovarán automáticamente por el mismo periodo y Suma Asegurada contratada, aplicando la tarifa vigente a la renovación. En caso de que el Contratante decida no renovar esta cobertura, deberá notificarlo a la Compañía con al menos 30 días anteriores a que concluya la vigencia anual.

d. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas de 18 a 65 años.

e. Cancelación

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 70 años, por lo que se suspenderá el pago de la Prima correspondiente a dichas coberturas.
- ii. Al término de la vigencia de las coberturas y éstas no se renueven.
- iii. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente; en cuyo caso, al momento de pagar la Suma Asegurada por invalidez se devolverá la Prima neta pagada no devengada, correspondiente a la(s) cobertura(s) por Accidentes.
- iv. En el momento en que por una o más reclamaciones de Pérdidas Orgánicas, se pague el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

- v. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas por Accidentes que estuvieren contratadas.

f. Exclusiones

Quedan excluidas las coberturas por Accidentes cuando se deban a:

- i. Suicidio o cualquier intento de éste, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- ii. Infecciones salvo las que provengan de lesiones accidentales.
- iii. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
- iv. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- v. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- vi. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Para las coberturas de muerte accidental o Pérdidas Orgánicas esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- vii. Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe activamente el Asegurado.
- viii. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, excepto en el caso de que haya declarado el uso de ésta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.

- ix. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- x. **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un Accidente cubierto.**
- xi. **Radiaciones ionizantes.**
- xii. **Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.**
- xiii. **Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- xiv. **Muerte o cualquier Pérdida Orgánica que se manifieste 90 días naturales posteriores al Accidente.**

3. Cobertura adicional por enfermedades graves

a. Definiciones

i. Cáncer

Presencia de un tumor maligno, diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por un incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se incluye leucemia, linfomas malignos y síndrome Mielodisplásico. En caso de requerirse cirugía se requerirá el resultado de la patología después de la cirugía.

ii. Accidente Cerebrovascular

Corresponde a cualquier incidente cerebrovascular agudo que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia y cuya consecuencia resulte en un déficit neurológico permanente. El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico.

iii. Trasplante de Órganos Mayores

Es la necesidad de efectuar un trasplante como consecuencia de un daño irreversible de alguno de los siguientes órganos:

1. Corazón.
2. Hígado.
3. Pulmón.
4. Médula ósea.
5. Intestino delgado.
6. Páncreas.

iv. Insuficiencia Renal Crónica

Corresponde al fallo total e irreversible de ambos riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar regularmente diálisis o hemodiálisis renal o un trasplante de riñón.

v. Parálisis Total

Es la pérdida funcional (de uso) completa de al menos dos brazos o dos piernas o un brazo y una pierna, es decir, al menos dos extremidades completas, como consecuencia de parálisis. La pérdida funcional debe haberse presentado en forma continua y permanente por un periodo no inferior a 180 días a partir de la fecha en que se presentó inicialmente la parálisis. Dicha parálisis debe tener el carácter de irreversible y ser confirmada por un neurólogo. La Parálisis Total puede ser a consecuencia de una enfermedad o Accidente.

vi. Infarto al Miocardio

Es la muerte de una porción del músculo del corazón (miocardio) como resultado de la interrupción súbita de flujo de sangre adecuado.

El diagnóstico deberá ser emitido por un médico especialista en cardiología y ser confirmado en los siguientes 30 días de haberse emitido el diagnóstico inicial, además deberá estar basado en los siguientes elementos:

- i. Dolor de pecho típico.
- ii. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, apariciones de onda Q patológica en dos o más derivaciones o inversión de la onda T.
- iii. Elevación de enzimas cardíacas (troponinas).



vii. Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria o Cirugía Bypass

Cirugía de corazón abierto recomendado por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieren la colocación de al menos dos injertos o puentes (*bypass*).

viii. Esclerosis Múltiple

Enfermedad inflamatoria caracterizada por la aparición de lesiones desmielinizantes crónicas en el sistema nervioso central, confirmada con técnicas modernas de imágenes, en la que se presente un deterioro funcional con un puntaje de 3 a 4.5 en la escala expandida de discapacidad de Kurtzke.

ix. Estado de Coma

Diagnóstico definitivo confirmado por un neurólogo, de estado de inconsciencia sin reacción ni respuesta a estímulos externos o necesidades internas que resulta en una puntuación de 8 o menos en la escala de coma de Glasgow de por lo menos 96 horas de duración y que produzca déficit neurológico permanente que debe evaluarse por lo menos 30 días después del inicio del coma.

Durante todo el periodo de pérdida de la conciencia es necesario que se haya requerido cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

b. Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado sufra de alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos descritos por primera vez y durante la vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura:

- i. Cáncer.
- ii. Accidente Cerebrovascular.
- iii. Trasplante de Órganos Mayores.
- iv. Insuficiencia Renal Crónica.
- v. Parálisis Total.
- vi. Infarto al Miocardio.
- vii. Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria o Cirugía de Bypass
- viii. Esclerosis Múltiple.
- ix. Estado de Coma.

Si la enfermedad grave se diagnostica durante el Periodo de Espera, esta enfermedad no será objeto de cobertura de este Contrato de Seguro.

Al efecto será necesario que:

- i. El diagnóstico y/o manifestación de la enfermedad se haya efectuado por primera vez dentro de la vigencia de la Póliza y después de finalizado un Periodo de Espera de 90 días, contado a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro.
- ii. El diagnóstico sea certificado por escrito por un médico especialista de acuerdo con cada patología cubierta, certificado por el consejo de la especialidad correspondiente y autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.
- iii. El diagnóstico debe ser confirmado por clínica, radiología, histología y/o de laboratorio o imagen.
- iv. Que sobreviva al menos 30 días después de la fecha del diagnóstico o procedimiento.
- v. Se debe de tener en cuenta que la indemnización de este seguro no es acumulable. Es decir, se paga al primer evento ocurrido.

c. Vigencia y renovación

Esta cobertura tiene una vigencia anual y al finalizar se renovará automáticamente por el mismo periodo y Suma Asegurada contratada, aplicando la tarifa vigente a la renovación. En caso de que el Contratante decida no renovar esta cobertura, deberá notificarlo a la Compañía con al menos 30 días anteriores a que concluya la vigencia anual.

d. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas de 18 a 55 años.

e. Cancelación

Esta cobertura se cancelará sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 60 años, por lo que se suspenderá el pago de la Prima correspondiente a esta cobertura.
- ii. Al término del plazo de la cobertura y ésta no se renueve.
- iii. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de enfermedades graves.

f. Exclusiones

Queda excluida la cobertura de enfermedades graves cuando los eventos cubiertos sean a consecuencia de:

- i. Enfermedades a consecuencia de intento de suicidio, lesiones auto-inflingidas, aun cuando se encuentre en estado de inconciencia o enajenación mental, así como trastornos psicológicos.
- ii. Padecimientos congénitos.
- iii. Enfermedades Preexistentes.
- iv. Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la cobertura de enfermedades graves.
- v. Enfermedades que requieran procedimientos intra-arteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo sten y la trombólisis mediante cateterismo coronario.
- vi. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
- vii. Tumores y Cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas no invasivos (in situ), todos aquellos tumores localizados que no sean invasivos o que solo muestren cambios malignos en estadios tempranos.
- viii. Tratamientos temporales de diálisis y hemodiálisis.
- ix. Tratamientos experimentales o en fase de investigación.
- x. Cualquier enfermedad o procedimiento derivado del abuso de alcohol o del uso de sustancias o drogas no prescritas por un médico.
- xi. Desarrollo de tumores o cualquier tipo de Cáncer en presencia del Virus de inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

Exclusiones para Cáncer.

- i. Carcinoma in situ, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y Cánceres no invasivos.
- ii. Ningún Cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason igual o superior a 7 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0. Tampoco tendrá cobertura el carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- iii. Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio B de Binet.
- iv. Tumores y Cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno invasivo), carcinomas no invasivos (in situ), todos aquellos tumores localizados que no sean invasivos o que solo muestren cambios malignos en estadios tempranos. Tampoco tendrá cobertura el linfoma cutáneo.
- v. Cáncer papilar de tiroides histológicamente descrito como T1N0M0 y T2N0M0.
- vi. Gammapatía monoclonal de significado indeterminado y policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- vii. Linfoma MALT gástrico. Tampoco ningún tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el manual de estadificación del Cáncer de la AJCC, séptima edición (2010).

Exclusiones para Accidente Cerebrovascular.

- i. Enfermedades cerebrovasculares transitorias isquémicas.
- ii. Lesiones traumáticas de tejido cerebral o vasos sanguíneos.
- iii. Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.

Exclusiones para Trasplante de Órganos Mayores.

- i. Trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas).

- ii. El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea o la piel).
- iii. Cualquier trasplante en calidad de donante.

Exclusiones para Insuficiencia Renal Crónica.

- i. Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal.

Exclusiones para Parálisis Total.

- i. Parálisis debida al Síndrome de Guillain Barre.
- ii. Parálisis periódica o hereditaria.

Exclusiones para Infarto al Miocardio.

- i. Infarto de miocardio silente y otros síndromes coronarios agudos, por ejemplo, angina de pecho estable o inestable.
- ii. Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas.
- iii. Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causado por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.

Exclusiones para Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria.

- i. La angioplastia con balón y laser y el implante de stent.
- ii. Cualquier otra intervención intra-arterial.
- iii. El Asegurado previo al inicio de la vigencia de esta Póliza haya sido sometido a una Cirugía Coronaria, en la misma o en otra arteria coronaria distinta.

Exclusiones para Esclerosis Múltiple.

- i. Esclerosis Múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos, pero no confirmatorios de diagnóstico de la Esclerosis Múltiple.
- ii. Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas.

Exclusiones para Estado de Coma.

- i. Estado de Coma provocado por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un médico.

4. Cobertura adicional por indemnización diaria por hospitalización

a. Descripción de la cobertura

Si a consecuencia directa de una enfermedad o Accidente el Asegurado es hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que hayan transcurrido al menos 24 horas de su ingreso, la Suma Asegurada diaria establecida en la carátula de la Póliza o endoso correspondiente y hasta por 30 días que continúe su hospitalización, mismos que empezarán a contar a partir de las 24 horas de su primer ingreso al hospital.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente al máximo número de días de hospitalización, esta cobertura quedará automáticamente cancelada por el periodo de vigencia en curso.

b. Vigencia y renovación

Esta cobertura tiene una vigencia anual y al finalizar se renovará automáticamente por el mismo periodo y Suma Asegurada contratada, aplicando la tarifa vigente a la renovación. En caso de que el Contratante decida no renovar esta cobertura, deberá notificarlo a la Compañía con al menos 30 días anteriores a que concluya la vigencia anual.

c. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas de 18 a 55 años.

d. Cancelación

Esta cobertura se cancelará sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 60 años, por lo que se suspenderá el pago de la Prima correspondiente a esta cobertura.
- ii. Al término del plazo de la cobertura y ésta no se renueve.

e. Exclusiones

Queda excluida esta cobertura cuando la hospitalización sea a consecuencia de:

- i. **Suicidio, intento de suicidio o lesiones que el Asegurado se haya provocado intencionalmente estando o no en uso de sus facultades mentales.**

- ii. **Intoxicaciones, lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier clase.**
- iii. **El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación.**
- iv. **Guerra, revolución, rebelión, sedición, asonada, o actos violentos por conmoción social, o por aplicación de la ley marcial; prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.**
- v. **Fisión o fusión nuclear o radioactiva.**
- vi. **Enfermedades congénitas o lesiones y defectos físicos.**
- vii. **Cirugía estética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo las de tipo reconstructivo por Accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza.**
- viii. **Tratamiento por alcoholismo o por adicción a las drogas.**
- ix. **Tratamiento y/o enfermedad relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- x. **Curas de reposo y desórdenes mentales y nerviosos.**
- xi. **Esterilización y tratamientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos, tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.**
- xii. **Enfermedades Preexistentes.**

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de un padecimiento preexistente. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

VII. ASISTENCIAS

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado los servicios de asistencia a través de la empresa de servicio contratada para tal efecto, quien coordinará y prestará los servicios que se describen en este apartado; no obstante, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación de la Empresa de Servicio, en virtud del presente Contrato de Seguro. Estos servicios aplican únicamente dentro de la República Mexicana, salvo el caso de repatriación por fallecimiento que aplica a nivel mundial. El Asegurado, su representante o sus familiares podrá recibir estos servicios comunicándose al teléfono de la Compañía.

1. Servicios de asistencia médicas

a. Traslado médico terrestre en ambulancia

Si el Asegurado sufre un Accidente o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de la empresa de servicio, en contacto con el médico que atienda al Asegurado, recomienden su hospitalización, la empresa de servicio organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Esta asistencia cubre un evento anual. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos.

Exclusiones

Quedan excluidos los casos por:

- a. Traslados en caso de enfermedades mentales.**
- b. Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentre en estado agresivo o no deseen ser trasladados.**

b. Médico a domicilio

La empresa de servicio organizará y cubrirá el costo del traslado de un médico general al domicilio del Asegurado, cuando este no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en el domicilio del Asegurado por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias. Este servicio de médico a domicilio sólo incluye la coordinación del médico para que atienda la visita a domicilio, así como el costo de su traslado al domicilio del Asegurado, por lo que el costo de los honorarios médicos

correspondientes a la consulta, deberán ser cubiertos directamente por el Asegurado. Este servicio se coordinará sin límite de eventos durante la vigencia de la Póliza.

El costo de la consulta es a cargo del Asegurado. No incluye la aplicación de medicamentos o cualquier otro tipo de procedimientos como colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones o curaciones.

Exclusiones

Quedan excluidos los casos donde:

- a. El Asegurado se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentren en estado agresivo o no permita su atención.**
- b. El médico de la empresa de servicio determine, mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atenderlo en domicilio.**
- c. Se solicite un médico especialista a domicilio.**

c. Orientación médica telefónica

El equipo médico de la empresa de servicio orientará telefónicamente al Asegurado, a su cónyuge e hijos sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, sin emitir un diagnóstico e interpretación de resultados de laboratorio.

d. Referencias médicas

A solicitud del Asegurado, la empresa de servicio proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de atención de las clínicas, hospitales, laboratorios, doctores generales o de especialidad, que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación.

e. Descuentos médicos

En caso de que el Asegurado requiera de un servicio médico a precio preferencial, la empresa de servicio proporcionará información telefónica que maneja con su red de proveedores sobre descuentos desde el 5 % hasta el 50 %, dependiendo del producto, como son:

- i. Descuento en laboratorio clínico.
- ii. Descuento en ópticas.

- iii. Descuentos en farmacia.
- iv. Estudios de gabinete.
- v. Descuento en ambulancias.
- vi. Descuento en tratamiento odontológico general.
- vii. Descuento en clínicas y hospitales.
- viii. Descuento en aparatos ortopédicos y auditivos.

2. Servicio de asistencia legal

La empresa de servicio orientará telefónicamente al Asegurado o a sus familiares en cualquier rama del derecho, **a excepción de las ramas fiscal y laboral**, sin límite de eventos y sin costo.

3. Servicio de asistencia funeraria

a. Asistencia legal funeraria telefónica

La empresa de servicio asesorará a los familiares del Asegurado sobre los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado.

b. Asistencia legal funeraria

La empresa de servicio enviará a un abogado para asesorar y ayudar a los familiares del Asegurado a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado, tales como:

- i. Asistencia para obtener el certificado de defunción de la Secretaría de Salud.
- ii. Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- iii. Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
- iv. Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- v. Notificación a acreedores para la liberación de deudas.
- vi. En caso de muerte violenta y a petición de los familiares, se realizará ante el Ministerio Público y el médico forense, los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Asegurado, y en su caso, la demanda inicial en contra del responsable.

c. Asistencia para gastos funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, la empresa de servicio realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales, y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos al entierro de los restos en el lugar donde se haya efectuado el deceso; además, cubrirá dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta 20,000 pesos.

Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del Asegurado en pago por anticipado a la empresa de servicio. La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del Asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto. Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red de empresa de servicio con los que cuenta la compañía a nivel nacional. Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del estado.

Se brindará el servicio funerario en caso de fallecimiento que incluye:

- i. Traslado a la agencia funeraria.
- ii. Estética y embalsamado.
- iii. Sala de ventilación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- iv. Carroza fúnebre.
- v. Autobús de acompañamiento.
- vi. Ataúd metálico.
- vii. Cremación y urna para cenizas.
- viii. Red de descuentos con agencias funerarias.
- ix. Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

d. Repatriación por fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado en cualquier parte del mundo fuera de su residencia permanente, la empresa de servicio se encargará del traslado de cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación o cremación en la localidad de residencia permanente del Asegurado; o a petición del representante del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, cubriendo los gastos hasta por el equivalente al traslado. Este servicio de asistencia incluye los trámites legales.

La empresa de servicio cubrirá dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta 80,000 pesos.

4. Exclusiones

- a. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Asegurado en contra de la prescripción médica o durante viajes de duración superior a 60 días naturales no da derecho a los servicios de asistencia.**

- b. Cuando la necesidad de asistencia se derive de alguna acción intencional del Asegurado o sus familiares.
- c. Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a la empresa de servicios atender debidamente el asunto.
- d. Cuando el Asegurado o sus familiares no se identifiquen como tales.
- e. Cuando el Asegurado o sus familiares incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este apartado de asistencias.
- f. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia de:
 - i. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - ii. Autolesiones o participación del Asegurado o sus familiares en actos delictuosos intencionales.
 - iii. La participación del Asegurado o sus familiares en riñas, cuando sean los provocadores.
 - iv. La práctica del Asegurado o sus familiares en deportes como profesional, así como su participación en competencias oficiales y en exhibiciones. Considerando la práctica de deportes profesionales cuando el Asegurado recibe remuneración económica por realizarla en público.
 - v. La participación del Asegurado o sus familiares en cualquier clase de carreras, competencias o exhibiciones relacionadas con el automovilismo, cuando participe activamente.
 - vi. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

- vii. **La participación activa del Asegurado o sus familiares en carreras de caballos, de bicicletas, de automóviles y en cualquier clase de carreras o exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.**
- viii. **Enfermedad o alienación mental.**
- ix. **Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- x. **Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

5. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia

Para recibir los servicios de asistencia deberán:

- a. Comunicarse al teléfono de la Compañía.
- b. Dar su nombre completo y número de Póliza.
- c. Indicar a la empresa de servicio el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo pueden contactar a él o a su representante.
- d. Dar una descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.

En caso de no seguir con el procedimiento descrito o negar el acceso a la historia clínica, cuando sea necesario, se perderán los beneficios de estos servicios de asistencia.

Estos servicios de asistencia en ningún caso otorgarán pago o reembolso alguno.

VIII. CLÁUSULAS GENERALES

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la Suma Asegurada al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y este no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos antes que el Asegurado, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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.

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la(s) cobertura(s) contratada(s), a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral; en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza, la cual se comunicará al Contratante.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la fracción de ésta. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, el Contrato de Seguro cesará sus efectos.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, pago referenciado en bancos, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del contrato o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor, hasta en tanto la Compañía no emita el recibo de pago respectivo.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Moneda Nacional, Dólares de los Estados Unidos de América o Unidades de Inversión (UDI), de acuerdo con lo especificado en la carátula de la Póliza.

El pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso corresponda, serán liquidadas en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de efectuarse el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni en Prima.

Dólares de los Estados Unidos de América

Las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán con la entrega del equivalente en Moneda Nacional calculados a la fecha en que se efectúe el pago, tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación.

Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes.

Unidades de Inversión (UDI)

El valor de la UDI será el que aparezca publicado en el Diario Oficial de la Federación en el renglón correspondiente a Unidades de Inversión. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, esta Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI, en su caso se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.



4. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordare con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5. Disputabilidad

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 primeros años para el beneficio de fallecimiento y 2 años para los demás beneficios, desde la fecha de inicio de su vigencia o la de su última rehabilitación. Esto será aplicable en los casos de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo, y de acuerdo con lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables.

6. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, 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 la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Modificaciones y notificaciones

Solo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

8. Agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, 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 Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades,

bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada 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 alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

9. Rehabilitación

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato de Seguro, siempre y cuando el período comprendido entre el último recibo de pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 días naturales y se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza.

Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato que la Compañía tiene expresamente para este fin.
- b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidos por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

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

10. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o la inclusión de coberturas adicionales.

En caso de haberse cubierto el anticipo por enfermedades terminales dentro del plazo de 2 años a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante de la cobertura por fallecimiento no se cubrirá al(a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

11. Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El límite máximo de admisión es el estipulado en cada cobertura.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, ésta rescindiré el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para los cálculos que exige esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

12. Pago del seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro.

El Asegurado o, en su caso, el Beneficiario deberá tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

13. Intereses moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, y ésta sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

14. Régimen fiscal

El régimen fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago a los Beneficiarios.

15. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y 2 años en los demás casos. en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los plazos anteriores 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.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago. Se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.

16. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía de satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

17. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguno de los siguientes incisos:

- a. Por falta de pago de Primas.
- b. Con el pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- c. Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- d. Conforme a lo establecido en la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones.
- e. A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- f. Por la liquidación del Valor de Rescate que corresponda, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de funcionamiento de los Valores Garantizados.

18. Intermediación o revelación de comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

19. Renovación

Únicamente para los plazos de seguro menor a 10 años, esta Póliza se renovará automáticamente y por periodos sucesivos de igual duración. Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante o de la Compañía, comunicada con una anticipación de al menos 30 días naturales anteriores a la fecha de término de vigencia de la Póliza.

La renovación automática se otorgará mientras la edad cumplida del Asegurado esté dentro de los límites establecidos en el Contrato de Seguro, y sin presentar nuevos requisitos de asegurabilidad, sujeta a las siguientes condiciones:

- a. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación automática coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el Contratante solicite su modificación al inicio de la renovación automática y en caso de incremento la misma fuera aprobada por la Compañía cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
- b. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación automática, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación automática.
- c. La renovación automática de la Póliza incluirá las coberturas adicionales contratadas mientras la edad alcanzada del Asegurado sea menor a la edad de cancelación establecida para dichas coberturas y atendiendo las condiciones de estas coberturas.
- d. En cada renovación automática la Compañía hará constar la Suma Asegurada, fecha de inicio de vigencia de la renovación, fecha de término de vigencia de la renovación, plazo del seguro, plazo de pago de Primas y la Prima correspondiente.
- e. La renovación automática siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los siguientes efectos:
 - i. Los Periodos de Espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado.
 - ii. Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.
 - iii. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

20. Terminación anticipada del Contrato de Seguro

No obstante el término de vigencia del Contrato de Seguro, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente por el Contratante mediante notificación por escrito; en su caso se le liquidará el Valor de Rescate que corresponda.

El pago del Valor de Rescate se hará en un plazo de 30 días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, en este caso, el Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de la cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente.

21. Aviso de Siniestro o reclamación

En caso de un Siniestro cubierto por este seguro, el Asegurado o Beneficiario deberá solicitar a la Compañía el pago de la indemnización a que tenga derecho, para tal efecto deberá entregarle los siguientes documentos.

Fallecimiento:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Original o copia certificada del certificado de defunción.
- c. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- d. Acta de matrimonio (en caso de que el cónyuge sea Beneficiario).
- e. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- f. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- g. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Anticipo por fallecimiento:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado de defunción del Asegurado.
- c. Identificación oficial y copia respectiva del Asegurado, si contaren con este documento.
- d. Identificación oficial y copia respectiva del Beneficiario.
- e. Carátula de Póliza o endoso (si contaren con estos documentos) en dónde conste su designación como Beneficiario.
- f. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Anticipo por enfermedad terminal:

Entre los documentos a presentar se incluye un dictamen médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía.

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Identificación oficial y copia respectiva del Asegurado, si contaren con este documento.
- c. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Para las coberturas de gastos funerarios:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Póliza de seguro, en caso de que la tuvieran.
- c. Original del certificado de defunción.
- d. Original del acta de defunción del Asegurado.
- e. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- f. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- g. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno(s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

Para las coberturas de muerte accidental:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Póliza de seguro, en caso de que la tuvieran.
- c. Original o copia certificada del certificado de defunción.
- d. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- e. Copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.
- f. Acta de matrimonio actualizada(en caso de que el cónyuge sea Beneficiario).
- g. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- h. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- i. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Para las coberturas de invalidez, Pérdidas Orgánicas, enfermedades graves e indemnización diaria por hospitalización:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Póliza de seguro, en caso de que la tuvieran.
- c. Copia de identificación oficial del Asegurado.
- d. Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- e. Original del dictamen de Invalidez Total y Permanente o Pérdidas Orgánicas.
- f. Diagnóstico de la enfermedad grave hecho por médico especialista o institución de salud pública.
- g. Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete.

En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un Accidente, además deberá presentar copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

La recepción de la documentación presentada por parte de la Compañía no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

Solo en aquellos casos en que la Compañía requiera de más información o documentación para determinar las circunstancias de la realización y consecuencia del Siniestro, de conformidad con lo estipulado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado o al Beneficiario información y documentación adicional sobre los hechos relacionados con el Siniestro.

La Compañía descontará de la indemnización que proceda, la parte de la Prima que se encuentre pendiente por pagar.

22. Entrega de documentación contractual

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al Contratante en papel impreso, salvo previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante para su entrega en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea.

23. Uso de medios electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por la Compañía para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx

La Compañía solicitará al Contratante y/o Asegurado, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

24. Terminación del Contrato de Seguro a través de medios electrónicos

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la Póliza.

No obstante, el Contratante y/o Asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- a. Llamar al teléfono de la Compañía.
- b. Brindar la información que le sea requerida por la persona de la Compañía que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la Póliza y la identidad del cliente.
- c. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- d. Una vez que el Contratante y/o Asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse nuevamente al teléfono de la Compañía, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

El Contratante tendrá derecho al Valor de Rescate que corresponda.

25. Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos

La Compañía entregará al Contratante y/o Asegurado, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este Contrato de Seguro, por cualquiera de las siguientes opciones:

- a. De manera personal, al momento de contratar el seguro.
- b. A través de correo electrónico, en este caso el Contratante y/o Asegurado deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba dentro de los 30 días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al teléfono de la Compañía, a fin de que opte por un medio alterno para recibir dicha documentación. La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el Contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

IX. MARCO LEGAL

Las leyes y artículos citados en este Contrato de Seguro podrán ser consultados en:

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos.

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lmeum.htm>

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Blvd. Adolfo López Mateos 2448, colonia Altavista, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México; con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas.

Teléfono: 55 5723 7999, extensión 2031.

Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Página web: www.segurossura.com.mx

Así mismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México o en cualquiera de sus delegaciones.

Teléfonos: 55 5340 0999 u 800 999 8080.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

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 26 de marzo de 2021, con el número CNSF-S0010-0520-2020/CONDUSEF-004647-04, BADI-S0010-0115-2020 con fecha 02 de junio de 2021, RESP-S0010-0011-2021 con fecha 03 de marzo de 2021.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos, 2448, Col Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón,
C.P. 01060, Ciudad de México.