



CONDICIONES GENERALES


Dotal

MetLife®

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.

 Blvd. Manuel Ávila Camacho No 32, Piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

 5249 3100

 www.alicomexico.com.mx

Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA DOTAL

CONDICIONES GENERALES

Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., en adelante la COMPAÑÍA, emite la presente Póliza sobre la vida del ASEGURADO, cuyo nombre figura en la carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE de la Póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

- **ASEGURADO.** Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza, y cuya muerte, supervivencia o integridad física se encuentren cubiertos bajo la presente Póliza de acuerdo a lo expresamente señalado en cada cobertura contratada.
- **Aseguradora y/o COMPAÑÍA.** Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el ASEGURADO o Beneficiario, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Beneficiario.** Aquella persona o personas que por designación del ASEGURADO o por disposición legal tiene derecho a recibir el beneficio contratado, o su proporción correspondiente, de aquellas coberturas en que con el carácter de Beneficiario se le ha designado.

Para el caso de que exista Contratante, éste se considerará como Beneficiario de los Valores Garantizados de esta póliza.

- **Beneficios Adicionales.** Se refiere a la o a las coberturas adicionales contratadas para el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE que forman parte del Contrato de Seguro y que se indican en la carátula de la Póliza.
- **Carencia de restricciones**
Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, salvo lo que se estipule expresamente.
- **CONTRATANTE.** Es la persona física o moral que suscribe con la COMPAÑÍA una Póliza de seguro, y es responsable ante la COMPAÑÍA de pagar la prima correspondiente; asimismo, es quien designa las coberturas amparadas por la presente Póliza, cubre las primas correspondientes y cuenta con el derecho de disponer de los Valores Garantizados, de acuerdo a lo estipulado en este Contrato.

- **Endoso.** Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.
- **Indisputabilidad**
Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos (2) años a partir de su fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la COMPAÑÍA al derecho que le confiere la Ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado al formular la propuesta de seguro, o bien, la propuesta de rehabilitación.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Período de Gracia.** Es el plazo otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.
- **Póliza y/o Contrato.** Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.
- **Prima Básica.** Es la cantidad que deberá pagar el CONTRATANTE del seguro como condición para mantener la Póliza en vigor, cuyo monto, período y forma de pago se señalan en la carátula de la Póliza.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza, por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder el siniestro.
- **Vigencia**
Cada cobertura contratada entra en vigor en la Fecha Efectiva consignada en la carátula de esta póliza y sus endosos, y continuará durante el plazo estipulado, salvo lo dispuesto en la cláusula de Período de Gracia.

DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES

La Póliza y sus eventuales Endosos firmados por funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días (30) que sigan al día en que reciba la

Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley).

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

- Los endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- La carátula de la Póliza
- Las condiciones generales
- La solicitud del seguro
- La tabla de cargos a la Reserva
- Las comunicaciones y los estados de cuenta

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante cláusulas o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deben estar firmados por el funcionario autorizado de la COMPAÑÍA, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

El ASEGURADO está obligado a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. El consentimiento del tercero ASEGURADO deberá también constar por escrito para toda designación de Beneficiario, así como el cambio de Beneficiario, y

la transmisión del Beneficio del Contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la COMPAÑÍA.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley.

1. COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados, si el Asegurado fallece dentro del plazo de seguro, siempre que la cobertura se encuentre en vigor.

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada contratada estipulada en la carátula de la Póliza al ASEGURADO, si éste sobrevive al final del plazo de seguro, siempre y cuando se haya cubierto el total de las primas establecidas durante la vigencia de la póliza.

2. FECHA DE INICIO Y DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

Las coberturas previstas en esta Póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado en la carátula de la Póliza. Los vencimientos de plazos para el pago de las primas se producirán a las cero horas de igual día del mes y año que corresponda. Lo mismo ocurrirá tratándose de pagos fraccionados.

3. MODIFICACIONES

Las estipulaciones de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la COMPAÑÍA y el Asegurado, que se hará constar por escrito. En consecuencia ni el agente, ni cualquier otra persona, tienen facultad para hacer concesión o modificación alguna.

4. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la Fecha Efectiva o de la última rehabilitación de alguna cobertura, la obligación de la COMPAÑÍA se limitará al pago de la reserva matemática que corresponda a la cobertura en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

5. EDAD

Para efectos del seguro se considerará como edad, la edad alcanzada por el ASEGURADO. La edad alcanzada es el número de años cumplidos por el ASEGURADO en la fecha de contratación de la Póliza.

Al momento de contratación de la Póliza, el ASEGURADO deberá tener como mínimo dieciocho (18) y como máximo la edad establecida en la carátula de la Póliza correspondiente de acuerdo al plan que se pretenda contratar, la cual en ningún caso podrá ser mayor a setenta (70) años.

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del ASEGURADO en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el ASEGURADO presenta a la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de su edad, la COMPAÑÍA lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar el siniestro por muerte del ASEGURADO.

6. PRIMAS

La obligación de pago de primas se iniciará en la Fecha de inicio de vigencia que se menciona en la carátula de la póliza y continuará durante la vigencia del seguro con la frecuencia estipulada; o hasta la anualidad en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, si esto sucede antes.

El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales venciendo cada fracción al inicio y no al final de cada nuevo período pactado. En cualquier caso la prima se pagará por anticipado, con la salvedad de lo señalado en la cláusula de período de gracia.

Si el Asegurado optare por el pago fraccionado de la prima, se aplicará a la misma la tasa de financiamiento que se pacte a la fecha de celebración del contrato.

La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la Fecha de Emisión de la póliza, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

Las partes convienen que el pago de la prima respectiva deberá efectuarse en cualquiera de las oficinas de la COMPAÑÍA, contra entrega del recibo expedido por la misma.

A solicitud del CONTRATANTE y con el acuerdo expreso de la COMPAÑÍA, las primas de seguros podrán ser financiadas por un banco o alguna otra institución que le otorgue un crédito al CONTRATANTE, en este caso, la COMPAÑÍA trasladará al CONTRATANTE los costos que represente realizar esta operación. El estado de cuenta de la institución de crédito donde aparezca dicho cargo hará plena prueba del pago.

7. PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de la Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de este plazo, salvo lo estipulado en la cláusula relativa al Préstamo Automático. (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Durante el Período de Gracia la Póliza se mantendrá vigente; sin embargo, si el ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la COMPAÑÍA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

8. REHABILITACIÓN

El CONTRATANTE podrá solicitar la rehabilitación de la Póliza si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno dentro de los seis (6) meses siguientes a la falta de dicho pago. Para solicitar la rehabilitación, el ASEGURADO deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de la COMPAÑÍA, siendo a cargo del CONTRATANTE los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, el CONTRATANTE deberá pagar las primas canceladas, así como los gastos de rehabilitación establecidos por la COMPAÑÍA para que pueda proceder la rehabilitación.

La Póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que la COMPAÑÍA haya aprobado la solicitud de rehabilitación. La COMPAÑÍA sólo responderá por los siniestros producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación, por lo tanto, no quedarán cubiertos aquellos siniestros que ocurran durante el período en que la Póliza no estuvo vigente.

9. CAMBIO DE PLAN

Para este producto no aplica el cambio de plan.

10. VALORES GARANTIZADOS

Encontrándose la póliza al corriente en el pago de sus primas, el Asegurado podrá hacer uso, en las fechas de aniversario indicadas en la tabla de valores garantizados, de las cantidades estipuladas en la columna Valor en Efectivo.

El Asegurado tendrá derecho a Valores en Efectivo al completar el pago de la anualidad anterior a la primera fecha de aniversario especificada en dicha tabla.

El Valor en Efectivo en una fecha que no coincida con la del aniversario se determinará bajo el siguiente procedimiento:

a) Al completarse el pago de la anualidad el Valor en Efectivo corresponderá al siguiente aniversario, descontando el 0.65% mensual por el tiempo comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha de aniversario.

b) En caso de no estar cubierta la anualidad el Valor en Efectivo se calculará considerando lo que le corresponda al aniversario inmediato anterior, más la parte proporcional por la prima fraccionada que haya pagado.

El Valor en Efectivo se podrá aplicar de acuerdo a alguna de las siguientes opciones:

- Préstamo

El Asegurado podrá obtener de la COMPAÑÍA préstamos que en total no excedan al valor en efectivo de la póliza en la fecha que se otorguen.

Los préstamos causarán intereses de acuerdo a los procedimientos autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El préstamo podrá ser liquidado por el Asegurado en un solo pago o en pagos parciales, bonificándosele en su caso los intereses no devengados.

Si la suma del préstamo más los intereses igualara o excediese el Valor en Efectivo, el contrato cesará en sus efectos automáticamente.

Para los efectos de esta cláusula, el Valor en Efectivo se determinará de acuerdo a los procedimientos descritos anteriormente.

- Préstamo Automático

Teniendo esta póliza derecho a Valor en Efectivo y si no existiere restricción expresa en contrario, *cualquiera prima que venza y no se pague* durante el periodo de espera, será pagada mediante un Préstamo Automático a cuyo fin se procederá de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Préstamo.

Si el valor en efectivo de la póliza en la fecha de vencimiento de la prima no pagada fuere insuficiente para el pago de dicha prima, la cantidad disponible para préstamos se usará para mantener la póliza en vigor por el tiempo que proporcionalmente alcance, transcurrido éste, el contrato cesará en sus efectos, pero con derecho a ser rehabilitado de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Rehabilitación.

- Rescate

El Asegurado podrá Rescatar la póliza por su Valor en Efectivo deduciéndose cualquier adeudo derivado del presente contrato.

- Seguro Saldado

Al término de cada aniversario el Asegurado tiene derecho a convertir su póliza a "Seguro Saldado"; en esta opción el periodo de seguro no cambia y se modifica la suma asegurada a quedar en la cantidad establecida en la tabla de valores garantizados como "Seguro Saldado", cuando se ejerce esta opción todos los beneficios adicionales se cancelan y se suspende el pago de primas. Si al efectuarse la conversión la póliza estuviera gravada con préstamo, podrá conservarse el adeudo siempre que no exceda a la reserva matemática que corresponda al Seguro Saldado.

- Seguro Prorrogado

Al término de cada aniversario el Asegurado tiene derecho a convertir su póliza a un "Seguro Prorrogado" por fallecimiento; en esta opción la suma asegurada del beneficio básico queda fija y se modifica el plazo de seguro a quedar en el periodo marcado en la tabla de valores garantizados como "Seguro Prorrogado", si el ASEGURADO sobrevive al termino del plazo del "Seguro Prorrogado" recibirá el efectivo disponible al final de este último plazo, cuando se ejerce esta opción todos los beneficios adicionales se cancelan y se suspende el pago de primas. Al efectuar la conversión a seguro prorrogado, el Asegurado deberá pagar todo adeudo contraído en virtud de este contrato.

11. LIQUIDACIÓN

- a) La COMPAÑÍA pagará las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los *hechos* que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.
- b) La COMPAÑÍA tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario. (Art. 33 de la Ley).
- c) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la COMPAÑÍA pagará un anticipo a la liquidación de la póliza con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción.

Será condición para efectuar el pago, que la póliza se encuentre en vigor al ocurrir dicho fallecimiento y que hayan transcurrido dos (2) años de vigencia de la póliza a partir de su fecha de expedición o su última rehabilitación.

El anticipo será del 10% de la obligación total de la COMPAÑÍA, sin que este pago exceda de la cantidad equivalente a dos años de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal.

El pago se efectuará al beneficiario que lo solicite, siempre que la Suma Asegurada a que tenga derecho sea menor o igual al importe del anticipo.

El pago efectuado se descontará de la liquidación a que tengan derecho los beneficiarios designados, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la póliza.

12. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en la que el período de gracia concedido, según lo establece la cláusula correspondiente, termina sin que el CONTRATANTE regularice su situación deudora.
- b) Aquella en que la COMPAÑÍA dé por rescindido de pleno derecho la Póliza, por cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el apartado correspondiente a las Normas para la Contratación de la Póliza, aunque dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del siniestro.
- c) Al terminar el plazo de cobertura establecido en la carátula de la póliza o en las Condiciones Generales.

13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Se tendrá como Beneficiario(s) del seguro a la(s) persona(s) designada(s) en esta Póliza conforme a lo establecido en la presente cláusula.

El ASEGURADO tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio de las coberturas del seguro pagaderas a la ocurrencia del riesgo cubierto al ASEGURADO. El ASEGURADO podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior, y será válida aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del fallecimiento del ASEGURADO; sin embargo, la COMPAÑÍA quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

La COMPAÑÍA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

14. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir al ASEGURADO y/o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de

su realización y las consecuencias del mismo. El ASEGURADO y/o Beneficiario deben proporcionar a la COMPAÑÍA, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito.

Se perderá todo derecho al Beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

15. CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

Para efecto de celebrar el presente Contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO corrobora que ha proporcionado a la COMPAÑÍA la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva.

Asimismo, ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

16. DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el CONTRATANTE, en el domicilio de la COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del CONTRATANTE.

17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la COMPAÑÍA.

18. DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO, según sea el caso.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la COMPAÑÍA llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al ASEGURADO la nueva dirección en la República, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la COMPAÑÍA y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la COMPAÑÍA deba hacer al ASEGURADO o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la COMPAÑÍA.

19. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

20. MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la COMPAÑÍA deban hacer en términos de este Contrato, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos expresados en moneda extranjera se verificarán también en Moneda Nacional, al tipo de cambio publicado por el Banco de México vigente al momento de la operación, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

21. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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 el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

22. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la COMPAÑÍA, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

23. COMISIONES O COMPENSACIONES

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0058-0098-2008 de fecha 02 de junio de 2008.

Beneficio Opcional Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT)

Mediante la contratación de este Beneficio y el pago de la prima correspondiente, si dentro de la vigencia del seguro, el ASEGURADO se invalida de manera total y permanente, la COMPAÑÍA se compromete a mantener en vigor la Póliza por la Suma Asegurada vigente en la fecha en que se haya declarado el estado de Invalidez Total y Permanente sin que el ASEGURADO continúe haciendo el pago de primas correspondientes a la cobertura básica.

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa por parte de la COMPAÑÍA en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el ASEGURADO cumpla sesenta (60) años, o bien, por el uso de este Beneficio.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez, y no operará el período de espera: 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 un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el ASEGURADO dentro de los previamente designados por la COMPAÑÍA, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del ASEGURADO.

Período de Espera

El Beneficio derivado del estado de Invalidez del ASEGURADO comenzará su aplicación después de que haya transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente, a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de Invalidez prevalezca.

Cancelación

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la COMPAÑÍA, en los siguientes casos:

- a) Cuando se haga la aplicación por concepto de la Indemnización correspondiente.
- b) Cuando se haya concedido la aplicación de los beneficios derivados de coberturas de invalidez o accidente que estuvieren contratadas.
- c) En el aniversario de la póliza inmediatamente posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad. Al cesar el derecho a este beneficio, se suspenderá el pago de la prima correspondiente.
- d) Al término del plazo del seguro.

Una vez que se haga uso de esta cobertura, los demás beneficios adicionales contratados quedarán sin efecto, quedando en vigor únicamente la cobertura básica, en cuyo caso, se devolverá la prima neta no devengada de las coberturas no afectadas.

EXCLUSIONES

El pago de este beneficio no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **De lesión corporal infligida intencionalmente por el propio ASEGURADO, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- c) **De accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el ASEGURADO viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.**
- d) **Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

f) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo, pesca, caza o cualquier clase de deporte aéreo, o cualquier actividad similar.

g) Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

h) Por padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

i) Acto criminal en el que resulte responsable el ASEGURADO.

j) Afecciones propias del embarazo, aborto, parto prematuro, parto normal o anormal y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.

k) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del ASEGURADO.

l) Lesiones por accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.

m) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

n) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0058-A-0082-2009 de fecha 30 de junio de 2009.

Beneficio Opcional Invalidez (BAI)

Mediante la contratación de este Beneficio y el pago de la prima correspondiente, si el ASEGURADO se invalida Total y Permanentemente durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará al propio ASEGURADO la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez, y no operará el período de espera: 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 un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el ASEGURADO dentro de los previamente designados por la COMPAÑÍA, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del ASEGURADO.

Período de Espera

El Beneficio derivado del estado de Invalidez del ASEGURADO comenzará su aplicación después de que haya transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente, a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de Invalidez prevalezca.

Cancelación

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la COMPAÑÍA, en los siguientes casos:

- a) Cuando se haya pagado por concepto de la Indemnización el 100% de la Suma Asegurada contratada para este beneficio.
- b) Cuando se haya concedido la aplicación de los beneficios derivados de coberturas de invalidez o accidente que estuvieren contratadas.
- c) En el aniversario de la póliza inmediatamente posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad. Al cesar el derecho a este beneficio, se suspenderá el pago de la prima correspondiente.
- d) Al término del plazo del seguro.

Una vez que se haga uso de esta cobertura, los demás beneficios adicionales contratados quedarán sin efecto, quedando en vigor únicamente la cobertura básica, en cuyo caso, se devolverá la prima neta no devengada de las coberturas no afectadas.

EXCLUSIONES

El pago de este beneficio no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) **De lesión corporal infligida intencionalmente por el propio ASEGURADO, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- c) **De accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el ASEGURADO viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.**
- d) **Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo, pesca, caza o cualquier clase de deporte aéreo, o cualquier actividad similar.**

- g) Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- h) Por padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- i) Acto criminal en el que resulte responsable el ASEGURADO.**
- j) Afecciones propias del embarazo, aborto, parto prematuro, parto normal o anormal y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.**
- k) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del ASEGURADO.**
- l) Lesiones por accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- m) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- n) Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0058-A-0082-2009 de fecha 30 de junio de 2009.

Beneficio Opcional Accidente (BA y BMA)

INDEMNIZACIÓN

Mediante la contratación de este Beneficio y el pago de la prima correspondiente, la COMPAÑÍA pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada contratada para este beneficio de acuerdo a la Tabla de Indemnizaciones que se detalla a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de esta Cláusula y dentro de los noventa (90) días a la fecha del mismo, el Asegurado fallece o sufre pérdida de miembros y, siempre y cuando esta cobertura se encuentre estipulada en la carátula de la Póliza.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

La COMPAÑÍA pagará el porcentaje que corresponda de la Suma Asegurada, conforme a la siguiente tabla, por pérdida de:

La Vida	100%
Ambas manos, o ambos pies, o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
Un dedo pulgar	25%
Un dedo índice	10%
Un dedo medio, o anular o meñique	5%

El pago correspondiente por el fallecimiento del Asegurado se hará a los beneficiarios designados, y el correspondiente a las demás indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Aún cuando el Asegurado sufra varias de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones, ya sea en uno o en varios accidentes, los pagos que se le hagan en conjunto por concepto de indemnización básica, no excederán de la Suma Asegurada básica para este beneficio.

DEFINICIONES

Para efectos de este beneficio se entenderá por Accidente lo que se define a continuación:

- **Accidente.** Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considera Accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

DOBLE INDEMNIZACIÓN

La indemnización básica pagadera por este beneficio se duplicará si la muerte o la pérdida de miembros causada por el accidente son sufridas por el Asegurado:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta itinerarios regulares; o
- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público; o
- c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el que se encuentre, al iniciarse el incendio.

Las indemnizaciones establecidas se concederán siempre que esta Cláusula se encuentre en vigor y se presente a la COMPAÑÍA prueba de lesión o lesiones causantes de la muerte o pérdidas sufridas por el Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta Cláusula, la COMPAÑÍA tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

CANCELACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la COMPAÑÍA, en los siguientes casos:

- a) Cuando se haya pagado por concepto de Indemnización Básica el 100% de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, ya sea por una o más reclamaciones.
- b) Cuando se haya concedido la aplicación de los beneficios derivados de coberturas de invalidez que estuvieron contratadas.
- c) En el aniversario de la póliza inmediatamente posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad. Al cesar el derecho a este beneficio, se suspenderá el pago de la prima correspondiente.

EXCLUSIONES

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o pérdida de miembros se deba a:

- a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales a que esta cláusula se refiere.**
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales a que esta cláusula se refiere.**
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el haya sido el provocador.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de la compañía comercial debidamente autorizada, en viajes de itinerario regular.**
- f) Accidentes que ocurran al participar el Asegurado en: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- i) Homicidio, como resultado de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales o riña, siempre que sea el provocador.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0058-A-0082-2009 de fecha 30 de junio de 2009.

Beneficio Opcional Graves Enfermedades (GE)

INDEMNIZACIÓN

Mediante la contratación de este Beneficio y el pago de la prima correspondiente, la COMPAÑÍA pagará los gastos derivados del tratamiento en caso de que se presente por primera vez alguna de las Graves Enfermedades cubiertas por este Beneficio al ASEGURADO, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

La COMPAÑÍA conviene en pagar el 100% de la Suma Asegurada en caso de que el ASEGURADO sobreviva por un periodo de treinta (30) días a partir de que se le diagnosticó la Grave Enfermedad cubierta.

En caso de que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de una Grave Enfermedad cubierta, la COMPAÑÍA reembolsará el monto de los gastos erogados a consecuencia de la Grave Enfermedad hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

a) INFARTO DEL MIOCARDIO

Definición

Necrosis de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

Demostración

Evidencia de por lo menos dos (2) de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo:

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

b) AFECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

Definición

Operación quirúrgica a tórax abierto con el objetivo de corregir el estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (By-Pass); ya sean en venas o arterias para la revascularización del miocardio.

Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención (por ejemplo: la angioplastia, la trombólisis, etc.).

Demostración

Evidencia de por lo menos dos (2) de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo.

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

c) CÁNCER

Definición

Crecimiento incontrolado de células malignas con potencial para invadir tejidos u órganos vecinos y diseminarse a lugares distantes. Incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático; **excluye neoplasias de la piel**, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" (por ejemplo de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colon) y **excluye también cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

d) ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

Definición

Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de veinticuatro (24) horas.

Quedan excluidos los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.

Demostración

Evidencia de deficiencia neurológica típica de principio agudo y que haya persistido después de tres (3) meses.

e) INSUFICIENCIA RENAL

Definición

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Demostración

Historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

f) PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Demostración

Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos extremidades debida a parálisis.

g) TRASPLANTE DE ÓRGANO VITAL

Definición

Someterse como receptor a una cirugía de trasplante de corazón, pulmón, corazón - pulmón, hígado, páncreas, riñón, o médula ósea.

Demostración

Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Período de espera

No se hará ningún pago si la Grave Enfermedad se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de emisión de la cobertura.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0058-A-0082-2009 de fecha 30 de junio de 2009.

Beneficio Opcional Fondo en Administración (FA)

Mediante la contratación de este Beneficio y sin que el mismo constituya un seguro, , El CONTRATANTE tiene derecho a constituir un fondo en administración donde puede depositar el Beneficio de Interés Excedente, así como las indemnizaciones de beneficios realizadas al propio ASEGURADO. Sobre los recursos administrados en este fondo la COMPAÑÍA acreditará una tasa de interés menos el margen de gastos registrado para el producto. El monto del fondo en administración será reducido por cualesquier cantidades substraídas durante el año de vigencia de la póliza.

El CONTRATANTE tendrá el derecho a efectuar retiros del saldo del Fondo en Administración mediante una solicitud por escrito dirigida a la COMPAÑÍA, quien pagará dicho retiro dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente al de la solicitud; las solicitudes de retiro recibidas en los últimos cinco (5) días hábiles de cada mes se tramitarán en el mes siguiente.

a) Retiros Parciales. El CONTRATANTE podrá rescatar una parte de la inversión del Fondo en Administración una vez al mes y a lo sumo cuatro veces al año, sin cargo alguno; los rescates adicionales que desee realizar estarán sujetos a un cargo equivalente al importe de dos días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

b) Retiro Total. El CONTRATANTE podrá rescatar la totalidad de los recursos que se encuentren en el Fondo en Administración.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a retirar sus aportaciones adicionales una vez que hayan transcurrido treinta (30) días naturales desde la fecha en que realizó la aportación.

En caso de que la póliza sea rescatada, el CONTRATANTE recibirá el saldo vigente del Fondo en Administración. En caso de que el CONTRATANTE suspenda los pagos de la póliza, las primas correspondientes se pagarán en primera instancia del Fondo en Administración como rescate del mismo y cuando éste se agote se aplicará a la modalidad de préstamo automático.

En el caso de fallecimiento del ASEGURADO, el saldo vigente del Fondo en Administración será pagado al Beneficiario. El Fondo en Administración se cancelará cuando se pague la reclamación correspondiente.

La COMPAÑÍA entregará al ASEGURADO de manera trimestral el estado de cuenta correspondiente al Fondo en Administración a que se refiere este Beneficio.

La COMPAÑÍA no podrá garantizar de ninguna forma el rendimiento del Fondo en Administración.

Cuando la COMPAÑÍA al ser requerida, no rinda las cuentas de su gestión dentro de un plazo de 15 días hábiles o cuando sea declarada por sentencia ejecutoriada culpable de las pérdidas o menoscabo que sufran los recursos afectos al Fondo en Administración, o responsable de esas pérdidas o menoscabo por negligencia grave, procederá su remoción como mandataria en la administración de los recursos a que se refiere este Beneficio.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0058-0098-2008 de fecha 02 de junio de 2008.

CLÁUSULA GENERAL

Prescripción

Tratándose de las acciones que deriven de la cobertura de fallecimiento de un seguro de vida prescribirán en cinco (5) años, el resto de las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos (2) años, ambos plazos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los siguientes números de registros: CGEN-S0058-0130-2009 de fecha 17 de diciembre de 2009, y CGEN-S0058-0131-2009 de fecha 18 de febrero de 2010.