



CONDICIONES GENERALES

IntegraLife Ahorro en pesos Riesgo Medio

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 INTEGRALIFE AHORRO MÁS INVALIDEZ RIESGO MEDIO

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.

- **Accidente.** Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el ASEGURADO.
- **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.
- **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 genero de vida del Asegurado, salvo lo que se estipule expresamente.

- **Cargo.** Es la cantidad que se descuenta de alguna de las Reservas que mantiene la Póliza por concepto de prestación de servicios.
- **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.
- **Costo del Seguro.** Es el monto necesario para mantener vigente el beneficio básico del seguro y que forma parte de la Deducción Mensual de la Reserva individual.
- **Deducción Mensual.** Es el monto que se resta de la Reserva Individual por concepto de: costo del seguro por fallecimiento, el costo de los beneficios adicionales (de ser el caso), y de administración.
- **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 no serán disputables 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.
- **Invalidez Total y Permanente.** Se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total y permanente que sufra el ASEGURADO a causa de enfermedad o accidente, 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 periodo de espera: La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con 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.

Periodo de espera

Cuando el estado de invalidez haya sido continuo por un periodo de espera de seis (6) meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o médico especialista, comenzará la aplicación de esta cobertura.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante el periodo de seis (6) meses, no procederá el pago de los beneficios por invalidez o exención de pago de primas.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a ALICO México, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro de las Condiciones Generales, 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 Alico México, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, Alico México 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.

- **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 Adicional.** Es la cantidad adicional a la prima básica que el CONTRATANTE pague durante la vigencia del seguro, ya sea en forma ocasional o periódica, con el propósito de incrementar la Suma Asegurada contratada.
- **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.
- **Prima Objetivo.** Es la cantidad pagada por el CONTRATANTE y se integra por la Prima Básica más la Prima Adicional.
- **Reserva Individual.** Es aquella que se conforma con las aportaciones de prima básica que realiza el CONTRATANTE de la Póliza, al cual se acredita una tasa de interés técnico y se deducen los cargos mensuales.
- **Reserva Excedente.** Es aquella que se conforma por la diferencia que resulte de los intereses ganados menos los intereses técnicos, menos los cargos aplicables correspondientes.
- **Reserva Adicional.** Es aquella que se conforma con las aportaciones adicionales que realiza el CONTRATANTE de la Póliza, independientes de aquellas que se realizan a la Reserva Individual.

- **Saldo Promedio de Reservas.** Para efectos de determinar los intereses acreditados en cada una de las Reservas se tomará como saldo promedio el resultado de dividir la suma del saldo de la Reserva cada día del período entre el número de días del período.
- **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.
- **Tasa Acreditada.** Es la tasa de rendimiento obtenida por la inversión de los recursos de la Reserva Adicional y la Reserva Excedente, menos el margen para financiar los gastos asociados a la administración de esta reserva.
- **Tasa de Interés Técnico.** Es la tasa de rentabilidad anual que la COMPAÑÍA acreditará a la Reserva Individual.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

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. BENEFICIOS

1.1 BÁSICO

1.1.1 Por fallecimiento del ASEGURADO

En caso de que la Póliza se encuentre vigente en la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados:

- a) La cantidad que resulte mayor de entre la Suma Asegurada contratada, y el 110% de la suma de la Reserva Individual más la Reserva Excedente.
- b) El saldo de la Reserva Adicional, en su caso.

1.1.2 Por sobrevivencia del ASEGURADO

En caso de que el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia de la Póliza contratada, la COMPAÑÍA pagará a éste:

- a) El saldo de la Reserva Individual.
- b) El saldo de la Reserva Excedente.
- c) El saldo de la Reserva Adicional, en su caso.

1.2 BENEFICIO OPCIONAL DEL MUERTE ACCIDENTAL

1.2.1 Muerte Accidental

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

La COMPAÑÍA cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de Accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Si el ASEGURADO falleciera como consecuencia de algún Accidente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al ASEGURADO, por el mismo Accidente bajo la cobertura de pérdidas orgánicas.

La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

1.2.2 Pérdidas Orgánicas

Si durante la Vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto por la misma y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas que enseguida se enumeran, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	Escala A 100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

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.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura solo podrá ser adquirida si se cuenta con el Beneficio de Muerte Accidental descrito en el apartado (1.2.1)

1.2.3 Exclusiones - Riesgos No Cubiertos

Las presentes exclusiones aplican únicamente para las coberturas 1.2.1. y 1.2.2.

La aplicación del beneficio no se concederá cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica del ASEGURADO sea a consecuencia de:

a) Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.

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) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.

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 o alpinismo.

g) Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.

h) 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.

1.3 BENEFICIO OPCIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1.3.1 Extensión de Pago de Primas por Invalidez

Si dentro de la vigencia del contrato, el ASEGURADO se invalida de manera total y permanente, la COMPAÑÍA se compromete a mantener en vigor la póliza sin que el ASEGURADO continúe haciendo el pago de primas de 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 60 años, o bien, por el uso de este beneficio.

Una vez que se haga uso de esta cobertura, los demás beneficios adicionales contratados quedarán sin efecto, quedando en vigor únicamente la cobertura básica.

1.3.2 Beneficio Adicional por Invalidez

Si dentro de la vigencia del contrato, el ASEGURADO se invalida de manera total y permanente, la COMPAÑÍA se compromete a pagar en una sola exhibición la Suma Asegurada Contratada para este beneficio, vigente al momento del dictamen del estado de invalidez total y permanente.

La COMPAÑÍA efectuará el pago en la fecha en la que termine el periodo de espera. Este periodo no será aplicable cuando se trate de invalidez causada por pérdidas orgánicas.

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 60 años, o bien, cuando la COMPAÑÍA realice el pago que corresponda a este beneficio.

Una vez que se haga uso de esta cobertura, los demás beneficios adicionales contratados quedarán sin efecto, quedando en vigor únicamente la cobertura básica.

1.3.3 Exclusiones – Riesgos no Cubiertos

Las presentes exclusiones aplican únicamente para las coberturas 1.3.1 y 1.3.2.

La aplicación del beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) **Lesiones auto infringidas por el ASEGURADO.**
- 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) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- 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 condiciones preexistentes que no hayan sido declaradas en la solicitud de la póliza, para efectos de este apartado se entenderá por condición preexistente:

- **Aquellos síntomas o signos que se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de la solicitud de la póliza, independientemente de que el ASEGURADO haya tenido o no, conocimiento del diagnóstico.**
- **Aquellos en los que se haya integrado un diagnóstico previo a la fecha de la solicitud de la póliza.**

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 en estado de embriaguez 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.

1.4. BENEFICIO ADICIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES (CAGE)

INDEMNIZACIÓN

Mediante la contratación de este Beneficio y el pago de la prima correspondiente, Alico México 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.

En caso de que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de una Grave Enfermedad cubierta, Alico México reembolsará al Beneficiario, del remanente que exista de la Suma Asegurada contratada, el monto de los gastos erogados a consecuencia de la Grave Enfermedad y hasta el límite de dicha Suma Asegurada.

ALICO MÉXICO conviene en pagar la totalidad del remanente de la Suma Asegurada Contratada hasta llegar al 100%, 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.

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.

2. RESERVAS

Forman parte del beneficio BÁSICO tanto la Reserva Individual como la Reserva Excedente que llegue a formarse, las cuales se conformarán de la siguiente manera:

2.1 RESERVA INDIVIDUAL

El saldo de la Reserva Individual se integrará de la siguiente manera:

- a) El saldo de la Reserva Individual a la fecha inicial de vigencia de la Póliza será igual a cero.

b) El saldo de la Reserva Individual al último día de cada mes será igual a:

- El saldo de la Reserva Individual al último día del mes anterior, más
- La Prima Básica pagada durante el mes, más
- Los intereses técnicos que se hayan producido durante el mes, calculados de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.1. Intereses de la Reserva Individual de estas Condiciones, menos
- Las deducciones mensuales correspondientes al mes, calculadas de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.2. Deducciones de la Reserva Individual.

c) El saldo de la Reserva Individual en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes será igual a:

- El saldo de la Reserva Individual al inicio de ese mes, más
- La Prima Básica de la Póliza pagada durante ese mes, menos
- Las deducciones mensuales correspondientes a ese mismo mes, calculadas de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.2. Deducciones de la Reserva Individual de estas Condiciones.

2.1.1 Intereses de la Reserva Individual

Se acreditarán intereses el último día de cada mes aplicando la tasa de interés técnica mensual (4% anual), sobre el saldo promedio de la Reserva Individual en el período.

2.1.2 Deducciones de la Reserva Individual

Se aplicarán mensualmente las siguientes deducciones de la Reserva Individual:

- El costo mensual de la cobertura por fallecimiento.
- El cargo mensual por gastos de adquisición.
- El cargo mensual por gastos administrativos.
- Costo mensual de los beneficios adicionales incluidos.

El costo mensual de la cobertura por fallecimiento se determinará sobre la base de las tasas mensuales correspondiente a la edad alcanzada por el CONTRATANTE en el último aniversario de la Póliza, las que se aplicarán sobre la cantidad que resulte mayor entre:

a) La suma asegurada, menos el importe de las Reservas Individual y Excedente;

b) 10% de la suma de la Reserva Individual más la Reserva Excedente.

2.2 RESERVA EXCEDENTE

El saldo de la Reserva Excedente se integrará de la siguiente manera:

- a) El saldo de la Reserva Excedente a la fecha inicial de vigencia de la Póliza será igual a cero.
- b) El saldo de la Reserva Excedente al último día de cada mes será igual a:
 - El saldo de la Reserva Excedente al último día del mes anterior, más
 - Los intereses excedentes originados por la inversión de la "Reserva Individual" durante el año Póliza, calculados de acuerdo al procedimiento que se describe en el apartado 2.2.1. *Intereses de la Reserva Excedente inciso a)*, más
 - Los intereses ganados sobre el saldo de la Reserva Excedente, calculados de acuerdo al procedimiento que se describe en el apartado 2.2.1. *Intereses de la Reserva Excedente inciso b)*, menos
 - Retiros realizados durante el mes.
- c) El saldo de la Reserva Excedente en una fecha que no coincida con el día primero de un mes Póliza será igual al saldo de la Reserva Excedente al día primero de ese mismo mes.

2.2.1 Intereses de la Reserva Excedente

Los intereses que se acreditarán de forma mensual a la reserva excedente, se calcularán de la siguiente manera:

- a) Intereses excedentes originados por la inversión de la Reserva Individual. Será el valor obtenido de multiplicar el saldo promedio de la Reserva Individual durante el periodo de un año póliza por el resultado de restar a la tasa de interés anual ganada los cargos anuales correspondientes y la Tasa de Interés anual Técnica. Habrá acreditación de intereses a la Reserva Excedente siempre y cuando el resultado de la operación anterior sea mayor que cero. Si el mes de acreditación no corresponde al aniversario de la póliza, entonces este interés será nulo.
- b) Intereses ganados sobre el saldo de la Reserva Excedente. Si la tasa de interés mensual ganada es mayor que los cargos mensuales correspondientes, entonces la diferencia entre ambas se acreditará como un intereses aplicado sobre el saldo promedio del mes de la Reserva Excedente.

2.3 RESERVA ADICIONAL

La Reserva Adicional se invertirá tomando en consideración las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El saldo de la Reserva Adicional se integrará de la siguiente manera:

- a) El valor a la fecha inicial de vigencia será igual a cero.
- b) El valor al último día de cada mes será igual a:
 - El saldo del día anterior, más
 - La prima adicional periódica pagada durante el día, más
 - Las primas adicionales extraordinarias pagadas durante el día, más
 - Los intereses que se hayan originado en el día, calculados de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.3.1. Intereses de la Reserva Adicional de estas Condiciones, menos
 - El cargo por gastos de adquisición y gastos operacionales de esta Reserva adicional, menos
 - Los retiros de la Reserva adicional efectuados, de acuerdo a lo señalado en la cláusula 4 Retiros de estas Condiciones, menos
- Los cargos por retiro anticipado efectuados en el día.

2.3.1 Intereses de la Reserva Adicional

Valorización de la Cartera de Inversiones:

La valorización de la cartera de inversiones de los saldos de la Reserva Adicional se efectuará de acuerdo a los precios y a las tasas que tengan en los mercados secundarios formales los instrumentos financieros que componen dicha cartera, el día que se este valuando.

Tasa de Rentabilidad de la Cartera de Inversiones:

Valorizada la cartera de inversiones al final del día, de acuerdo con lo establecido en el número precedente, se procederá a calcular la tasa de rentabilidad diaria de dicha cartera mediante la diferencia del valor de la cartera de inversiones de ese día, y el valor de ella el día inmediato anterior, entre el valor de la cartera del día inmediato anterior, restando de este cociente el cargo por administración del portafolio, incluyendo los efectos de las compras y ventas de instrumentos financieros a su valor de transacción.

El proceso para determinar la Tasa de Rentabilidad, no establece ningún límite sobre ésta, de tal forma que puede llegar a ser negativa, lo que representa una minusvalía del Saldo de la Reserva Adicional.

Intereses de la Cartera de Inversiones:

Los intereses que ingresarán a la Reserva Adicional al final de cada día resultarán de multiplicar, el saldo del día por la tasa neta de rentabilidad de ese día.

2.3.2 Aportaciones a la Reserva Adicional

El CONTRATANTE tiene derecho a realizar aportaciones voluntarias a su Reserva Adicional, ya sea de forma regular en los que una proporción de la Prima Básica se tomará como aportación a dicha Reserva; o de forma extraordinaria en los que la totalidad de su aportación se considerará con tal carácter.

Las aportaciones que se realicen a esta Reserva no pueden efectuarse a través de tarjeta de crédito, sino únicamente a través de depósitos bancarios en las cuentas que para tal efecto indique la COMPAÑÍA. Dichas aportaciones, en lo individual no podrán exceder de un máximo del equivalente a diez mil dólares americanos; y en conjunto de treinta mil dólares americanos por año.

En estos casos la COMPAÑÍA deducirá del monto de las aportaciones los costos de administración y adquisición que correspondan.

2.3.3 Perfil de reservas

La COMPAÑÍA se compromete a invertir las reservas de este plan de acuerdo a los límites de inversión establecidos en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que establezca la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3. VALOR DE RESCATE DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá rescatar esta Póliza por el correspondiente valor de rescate; las obligaciones de la COMPAÑÍA terminan el último día del mes en que se solicitó el rescate. La COMPAÑÍA pagará el valor de rescate dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día de cada mes.

El valor de rescate será igual al saldo de la Reserva Individual, más la Reserva Excedente menos el cargo por rescate que aparece en la Tabla de Cargos a la Reserva, que forma parte integrante de las presentes condiciones, más la Reserva Adicional al último día del mes en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la opción de rescate.

4. RETIROS

El CONTRATANTE podrá efectuar retiros antes de concluir la vigencia pactada, de acuerdo a lo siguiente:

a) Retiros Parciales.

El CONTRATANTE podrá rescatar una parte de la Reserva Adicional, una vez al mes y a lo sumo cuatro veces al año, sin cargo alguno, para los dos primeros; 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.

Para efectos de lo anterior, el CONTRATANTE deberá presentar una solicitud por escrito dirigida a la COMPAÑÍA, quien pagará dicho retiro dentro de los primeros cinco (5) 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.

El importe mínimo a retirar es de \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.) y el importe máximo es de \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.).

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.

b) Retiros Totales.

Se regirán de acuerdo a lo establecido en el apartado 3 Valor de Rescate de la Póliza.

5. 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.

6. 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 entre dieciocho (18) y cincuenta y cinco (55) 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 pague 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 que haya de pagar el siniestro por muerte del ASEGURADO.

7. PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período, y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidos en la carátula de la Póliza.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de la COMPAÑÍA o en los establecimientos y bancos autorizados por la COMPAÑÍA, que aparecen en los recibos de pago que se harán llegar al domicilio del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO no reciba oportunamente el formato para el pago de las primas, no operará lo estipulado en la cláusula relativa al Período de Gracia.

Para el caso de que el CONTRATANTE desee efectuar los pagos correspondientes, a través de una tarjeta de crédito o débito, deberá autorizar a la COMPAÑÍA para que ésta efectúe los cargos respectivos, previo consentimiento que conste en la solicitud del seguro.

Si el pago de las primas se efectúa mediante cargo en cuenta de ahorro o tarjeta de crédito el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no

pueda realizarse por causas imputables al ASEGURADO, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia.

8. DERECHO DE PÓLIZA

El CONTRATANTE pagará por este concepto un importe de \$500.00 (Quinientos pesos 00/100 M.N.), al momento de efectuar el primer pago, independientemente de la forma de pago que haya elegido. Este importe se devolverá al CONTRATANTE por medio de la Reserva Individual al inicio del mes trece.

9. PERIODO DE GRACIA

El incumplimiento en el pago de la Prima Básica no invalidará la vigencia de la Póliza mientras la Reserva Individual sea superior o igual al monto por deducciones mensuales más la prima de las coberturas adicionales.

Si al inicio de un mes calendario se verifica que el monto por deducciones mensuales, más la prima de las coberturas adicionales correspondientes a ese mes es mayor a la Reserva Individual, el CONTRATANTE dispondrá de un plazo de gracia de treinta (30) días para regularizar la situación, contado desde el día primero del mes en que se produce la insuficiencia de Reservas.

Se entiende que el incumplimiento en el pago de la Prima Básica modificará el valor final del saldo de la Reserva Individual, lo que implica una disminución de los valores de rescate señalados en la carátula de la Póliza.

Una vez utilizado el valor de rescate o cuando aún no se haya generado dicho valor, se dispondrá de la Reserva Excedente en primera instancia, y posteriormente de la Reserva Adicional, para continuar satisfaciendo las deducciones mensuales de la Reserva Individual y la prima mensual de las coberturas adicionales, y así mantener la Póliza vigente.

Sin perjuicio de lo anterior, y en tanto la Póliza continúe vigente, el CONTRATANTE podrá pagar todas las primas adeudadas con sus intereses a fin de restituir al saldo de la Reserva Individual el valor originalmente pactado para el vencimiento de la Póliza.

10. REHABILITACIÓN

En caso de terminación anticipada de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito su rehabilitación antes de que transcurran seis (6) meses desde la fecha en que se canceló la Póliza.

Para tal efecto, deberá presentar las pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la COMPAÑÍA, y pagar cuando menos el importe correspondiente a tres (3) Primas Básicas. En este caso, la Reserva Excedente a la fecha de la rehabilitación de la Póliza tendrá un saldo igual a cero, aplicándose a partir de esa fecha lo dispuesto en la cláusula RESERVA EXCEDENTE de estas Condiciones Generales.

Cumplidas las condiciones anteriores, la Póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que la COMPAÑÍA aprobó la solicitud de rehabilitación.

11. REVALORIZACIÓN

En cada aniversario de la Póliza se incrementará el monto de la Prima Objetivo en un cinco por ciento (5%), el importe de estos incrementos se considerarán como Prima Adicional.

El CONTRATANTE tiene derecho a cancelar estas revalorizaciones en cualquier aniversario de la Póliza. Una vez cancelado este beneficio no se podrá restituir.

12. FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO BÁSICO

Al finalizar la vigencia de la Póliza la COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE los recursos que se hayan generado en la Reserva Individual, en la Reserva Excedente y en la Reserva Adicional, en su caso, conforme a alguna de las siguientes formas de pago, a elección del CONTRATANTE al momento de la contratación de la Póliza:

- a) Entrega de los recursos en una sola exhibición al finalizar la vigencia de la Póliza.
- b) Entrega de los recursos divididos en el número de exhibiciones que el CONTRATANTE determine, las cuales serán pagadas de forma anual.
- c) En caso de haber designado como Beneficiario un fideicomiso, los recursos se entregarán al fideicomiso respectivo, quien será el encargado de administrar y pagar las Reservas correspondientes.

13. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de esta Póliza terminará cuando se agoten los recursos de la Reserva Individual y haya transcurrido el Período de Gracia señalado en la cláusula correspondiente, o se llegue a la fecha establecida como término de vigencia en la carátula de la Póliza.

14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente cláusula. Para las coberturas indicadas en las cláusulas 1.1.2, 1.2.2 y 1.3, se tendrá como Beneficiario al propio ASEGURADO.

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 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.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el ASEGURADO haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la COMPAÑÍA. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible (Artículo 165 de la Ley).

Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el ASEGURADO y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del ASEGURADO, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha con anterioridad (Artículo 164 de la Ley).

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.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el Beneficio se distribuirá en partes iguales.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás (Artículo 177 de la Ley).

Por herederos o causahabientes designados como Beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al ASEGURADO en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (Artículo 173 de la Ley).

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.

El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del ASEGURADO, o cuando resulte responsable de cualquier acto que atente contra la vida de este último. Si la muerte del ASEGURADO es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del ASEGURADO tendrán derecho a la reserva matemática (Artículo 185 de la Ley).

15. 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. Por lo que 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.

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.

19. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, 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. CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base esta Póliza, deberá ser aprobada por la COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de evaluar y rechazar el riesgo, y en caso de aceptarlo lo hará constar en la misma Póliza por medio de un endoso. Sin dicha autorización, los convenios realizados por el CONTRATANTE con terceros no tendrán ningún valor para la COMPAÑÍA.

21. MONEDA DEL CONTRATO

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.

22. 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.

23. 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.

24. 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 en 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-S0058-0088-2009 de fecha 21 de mayo de 2009.

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.