seguros ARGOS

Tu Seguro

T1 - General

CONDICIONES GENERALES

Puedes estar SEGURO

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑÍA	**3**
CONTRATANTE	**3**
ASEGURADO TITULAR	**3**
SUMA ASEGURADA	**3**
ENDOSO	**3**
PRIMA	**3**

II. COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO	**3**
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL	**3**
PORCENTAJE PARA PAGO ANTICIPADO	**4**
COBERTURAS OPCIONALES	**4**
COBERTURAS ADICIONALES	**4**
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	**5**

III. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO	**21**
PAGO DE PRIMAS	**21**
VALORES GARANTIZADOS	**22**
RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	**22**
EDAD	**22**
AJUSTE POR EDAD	**22**
PRESCRIPCIÓN	**22**
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	**23**
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	**23**
COMPETENCIA	**23**
INDISPUTABILIDAD	**24**
SUICIDIO	**24**
INDEMNIZACIÓN POR MORA	**24**
DEDUCCIONES	**25**
TERMINACIÓN DEL CONTRATO	**26**
CESACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO	**26**
REHABILITACION	**26**
COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	**26**
BENEFICIARIOS	**26**
CAMBIO DE BENEFICIARIOS	**26**
FORMA DE LIQUIDACIÓN	**26**
INTERMEDIARIOS	**27**
RESPONSABILIDAD FISCAL	**27**

Registrado en la CONDUSEF con el número
CNSF-S0060-0075-2012/CONDUSEF-000256-02 con fecha 15/06/2017

I. DEFINICIONES

ARGOS

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

Contratante

Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración de este contrato para sí o para terceras personas y es responsable ante **ARGOS** del pago de la Prima correspondiente.

Para efectos de la póliza, el **CONTRATANTE** es el propio Asegurado Titular. En caso de que el **CONTRATANTE** sea diferente al Asegurado Titular, se hará constar esta circunstancia en la póliza.

Asegurado Titular

Es la persona física que se encuentra amparada bajo los términos de este contrato.

Suma Asegurada

Es la cantidad total que **ARGOS** pagará a los beneficiarios designados en la póliza, al ocurrir el siniestro amparado en este contrato.

Endoso

Documento anexo a la póliza y que forma parte de la misma, que modifica y/o se adiciona a sus condiciones generales. Lo estipulado en el Endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello en que se contraponga.

Prima

Es la cantidad que el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular pagará a **ARGOS** por las coberturas contratadas en la póliza.

II. COBERTURAS

Cobertura Básica por Fallecimiento

ARGOS pagará la Suma Asegurada señalada, derivado del fallecimiento del Asegurado Titular, siempre que dicho acontecimiento ocurra dentro del plazo de vigencia de la póliza. Si el Asegurado Titular sobrevive al término de la misma, la protección terminará sin obligación alguna para **ARGOS.**

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativo, que permita una supervivencia mayor a 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

El dictamen deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o médico certificado en la especialidad de que se trate y podrá ser avalado por el médico dictaminador especialista en la materia que **ARGOS** designe.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS.**

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

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

Exclusiones

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:

1. **SIDA o presencia del virus del VIH**
2. **Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo**
3. **Enfermedades sufridas por riesgos nucleares**

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en las enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza, con excepción de que la póliza sea indisputable.

Porcentaje para pago anticipado

El Asegurado podrá elegir en el momento de solicitarlo, el porcentaje que desee teniendo como máxima el 50% de la Suma Asegurada.

ARGOS pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje elegido por el Asegurado para este beneficio a la Suma Asegurada básica al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a **ARGOS**, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

Las demás condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

Coberturas Opcionales

Cualquiera de las siguientes coberturas enlistadas a continuación, podrá ser elegida por el Asegurado Titular en la solicitud de seguro como Cobertura Básica ó como Coberturas Adicionales; se concederán si en la carátula de la póliza se indica expresamente que se encuentran incluidas.

- Gastos Inmediatos
- Gastos Funerarios Familiar
- Gastos Funerarios por Accidente
- Muerte Accidental
- Gastos Funerarios por Accidente con excluyente Homicidio
- Muerte Accidental con excluyente Homicidio
- Cobertura de Previsión

Coberturas Adicionales

LAS SIGUIENTES COBERTURAS PODRÁN SER CONTRATADAS POR EL ASEGURADO TITULAR A SU ELECCIÓN, Y GOZARÁ DE LOS BENEFICIOS ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁN INCLUIDAS.

- Graves Enfermedades
- Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
- Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
- Cáncer
- Intervenciones Quirúrgicas: Tipo 1 y/o Tipo 2
- Renta Diaria por Hospitalización
- Fractura De Huesos

Descripción de Coberturas

Gastos Inmediatos

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término de dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para **ARGOS.**

Al fallecimiento del Asegurado Titular, **ARGOS** realizará el pago por Gastos Inmediatos en la misma proporción que se estableció para los Beneficiarios con respecto a la Suma Asegurada básica, en un plazo no mayor a 24 horas, en días hábiles una vez presentado el certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario.

En caso de no existir Beneficiarios expresamente designados, se pagará la Suma Asegurada a la sucesión del Asegurado Titular.

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y sin límite de edad como máximo.

Gastos Funerarios Familiar

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS reembolsará los gastos que por concepto de Gastos Funerarios se incurra por el fallecimiento del Asegurado Titular o de sus Familiares Dependientes, según se define más adelante, hasta el límite de Suma Asegurada que se señale en la Póliza. Esta cobertura estará en vigor para los familiares dependientes mientras el Asegurado Titular permanezca con vida.

Para efectos de este contrato se entiende por familiares dependientes al cónyuge, hijos y padres del Asegurado Titular, que sean designados expresamente en la solicitud. Para el caso de menores de edad, podrán ser cubiertos por esta póliza a partir de los 30 (treinta) días de nacidos y hasta los 24 (veinticuatro) años de edad, siempre que exista dependencia económica de estos para con el Asegurado Titular; en caso de familiares asegurados menores de 12 (doce) años el reembolso de gastos funerarios no podrá exceder de 60 salarios mínimos generales mensuales vigentes en la CDMX.

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son:

Para el Asegurado Titular: de 15 (quince) años como mínimo y sin límite de edad como máximo.

Para el Cónyuge del Asegurado Titular: de 15 (quince) años como mínimo y de 69 (sesenta y nueve) años como máximo, cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 71 (setenta y un) años.

Para los Hijos del Asegurado Titular: de 30 (treinta) días de nacido como mínimo y de 24 (veinticuatro) años como máximo, renovándose hasta los 25 (veinticinco) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 26 (veintiséis) años.

Para los Padres del Asegurado Titular, la edad de admisión será de 15 (quince) años como mínimo y de 99 (noventa y nueve) años de edad como máximo.

Gastos Funerarios por Accidente

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS reembolsará los gastos que por concepto de Gastos Funerarios se incurra por el fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente hasta el límite de Suma Asegurada que se señale.

Se entenderá como muerte accidental, la ocasionada por lesiones corporales sufridas involuntariamente por el Asegurado Titular, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al evento en que el Asegurado Titular sufrió las lesiones.

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

Muerte Accidental

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada si el Asegurado Titular fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, ya sea que el fallecimiento ocurra en forma inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado Titular, que produzca la muerte en la persona del Asegurado Titular.

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá:

1. La Muerte Accidental originada por participar en:
a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares o insurrección.
b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado Titular.
c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquéllas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo cuarenta y ocho horas de antelación.
d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

3. Muerte Accidental originada 90 (noventa) días después de ocurrido el Accidente.

4. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la muerte del Asegurado Titular, se origine debido a que el Asegurado Titular se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado Titular, al encontrarse bajo los efectos del alcohol a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor de 100 Mgr/Dl.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valores Garantizados.

Gastos Funerarios por Accidente con excluyente de Homicidio

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS reembolsará los gastos que por concepto de Gastos Funerarios se incurra por el fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente hasta el límite de Suma Asegurada que se señale.

Se entenderá como muerte accidental, la ocasionada por lesiones corporales sufridas involuntariamente por el Asegurado Titular, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al evento en que el Asegurado Titular sufrió las lesiones.

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

No se considera Accidente a la muerte derivada por Homicidio intencional o Accidentes ocurridos a consecuencia de la intervención del Asegurado Titular en la comisión de un delito; así como la provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valores Garantizados.

Muerte Accidental con excluyente de Homicidio

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada si el Asegurado Titular fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, ya sea que el fallecimiento ocurra en forma inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado Titular, que produzca la muerte en la persona del Asegurado Titular.

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá:

1. **La Muerte Accidental originada por participar en:**
   a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares o insurrección.
   b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado Titular.
   c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos

comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquéllas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo cuarenta y ocho horas de antelación.
d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

3. Muerte Accidental originada 90 (noventa) días después de ocurrido el Accidente.

4. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la muerte del Asegurado Titular, se origine debido a que el Asegurado Titular se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado Titular, al encontrarse bajo los efectos del alcohol a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor de 100 Mgr/Dl.

No se considera Accidente a la muerte derivada por Homicidio intencional o Accidentes ocurridos a consecuencia de la intervención del Asegurado Titular en la comisión de un delito; así como la provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valores Garantizados.

Cobertura de Previsión

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Consiste en la compra de una renta diferida. Durante el periodo de diferimiento y a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza el Asegurado Titular podrá disponer en forma total o parcial del fondo constituido.

Transcurrido el periodo de diferimiento, **ARGOS** pagará al Asegurado Titular la renta a la que tengan derecho, la cual puede tener las siguientes opciones:

a) Periodo de Garantía: Una vez terminado el periodo de diferimiento, el Asegurado Titular tendrá derecho a una renta mensual vitalicia con periodo de garantía de 10 (diez) años. El monto de la renta mensual vitalicia es el que aparece señalado en la póliza individual. Si se realizan aportaciones adicionales o retiros parciales, el monto de la renta mensual se modificará de acuerdo a las mismas, al igual que por la tasa de interés que se acredite al fondo.

En caso de que el Asegurado Titular llegase a fallecer durante el periodo de liquidación del beneficio y antes de que se cumplan los 10 (diez) años de renta garantizada, **ARGOS** pagará a los beneficiarios designados las rentas mensuales que faltaren para cubrir el periodo de garantía de 10 (diez) años. Estas cantidades serán cubiertas en la misma forma y periodicidad con la que se venía pagando al Asegurado Titular. Una vez terminado el periodo de garantía de 10 (diez) años, termina toda obligación de **ARGOS** con respecto a los beneficiarios.

b) Renta Vitalicia sin periodo de garantía: Una renta anual o mensual que se iniciará en la fecha de término del periodo de diferimiento y continuará durante la vida del Asegurado Titular, terminándose toda obligación de **ARGOS** al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.

c) Pago Único: Se le dará al Asegurado Titular o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento el monto total del fondo constituido por sus aportaciones e intereses, al vencimiento del periodo de diferimiento.

La póliza dejará de estar en vigor en el caso de:

a) Fallecimiento del Asegurado Titular.
a.1) Si el fallecimiento ocurre dentro del periodo de acumulación, **ARGOS** entregará a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular el fondo constituido hasta ese momento.
a.2) Si el fallecimiento ocurre dentro del periodo de pago de rentas, se aplicará la opción de renta vitalicia que se haya elegido, terminando la protección y las obligaciones para **ARGOS** en los términos de la misma.

b) En caso de rescate total de la póliza.
Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y sin límite de edad como máximo.

Graves Enfermedades

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura por única vez en caso de que al Asegurado Titular se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo a las definiciones que más adelante se establecen.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la ocurrencia de la Grave Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido noventa días naturales a partir de la contratación de dicha cobertura.

Se entenderá por Grave Enfermedad cualesquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa certificación médica) por primera y única vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto al Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor toráxico típico;
- Cambios en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC): Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de, por lo menos 24 horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral;
- Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- Embolización de fuente extracraneal.

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

c) Trasplante de órganos vitales: El procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón,
- Uno o dos pulmones,
- Páncreas,
- Riñones,
- Hígado.

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis: Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o trasplante renal.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (“by-pass”): Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductosaorto-coronarios. La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

f) Cáncer: Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Certificación Médica

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente. Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS**.

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de cualquiera de las Graves Enfermedades anteriormente mencionadas. En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** no ratifique el dictamen de la Grave Enfermedad, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo cargo correrá a cargo de la **ARGOS**, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista de **ARGOS**. En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, este podrá designar a un tercero mediante el documento que le acredite como apoderado o representante legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; en caso de la muerte del Asegurado se pagará la indemnización por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado haya designado en la póliza.

Exclusiones:

La cobertura por Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no se pagará en los siguientes casos:

a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
b) Consumo de drogas de cualquier tipo, a excepción de que hayan sido prescritas por un médico, o bajo la influencia del alcohol.
c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
d) Tratamientos previos a un transplante.
e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza.
h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo "sten".
i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "in situ" no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
j) El caso de períodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

Esta cobertura terminará en los siguientes casos:

a) Cancelación o rescate de la cobertura básica de vida o de esta cobertura.
b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
c) La muerte del Asegurado Titular.
d) Al término del plazo del seguro.

Límites de edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo, de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 65 (sesenta y cinco) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS,** en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 66 (sesenta y seis) años de edad.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 66 años.

O bien, al ocurrir alguno de los siguientes casos:
a) Cancelación o rescate de la cobertura básica de vida o de esta cobertura.
b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
c) La muerte del Asegurado.
d) Al término del plazo del seguro.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

En caso de que durante el plazo de seguro de esta cobertura, el Asegurado Titular sufra un estado de Invalidez Total y Permanente por accidentes o enfermedades ocurridos dentro del plazo del seguro, **ARGOS** le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura.
Para efectos de este contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado Titular para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por enfermedades o accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones o pérdidas orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico, así como las pérdidas orgánicas que se cataloguen en la Ley Federal del Trabajo con un porcentaje de incapacidad superior al 85%.
Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se requerirá la presentación a **ARGOS** del dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que determine una Invalidez o incapacidad superior al 85% o por un médico particular especialista en medicina del trabajo, que determinen una invalidez o incapacidad total y permanente de acuerdo con ésta cláusula. **ARGOS** tendrá la facultad de requerir al Asegurado Titular la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella el cual deberá ser especialista en medicina del trabajo para confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador especialista en medicina del trabajo de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado Titular se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en medicina del trabajo cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **ARGOS.**

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

Exclusiones

La cobertura de protección por Invalidez Total y Permanente no será pagada en los siguientes casos:

1. Estado de Invalidez Total y Permanente sea originado por participar en:
a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo o insurrección.
b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado Titular.
c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquellas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo 48 horas de antelación.
d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2. Estado de Invalidez Total y Permanente que se presente cuando esta póliza haya sido convertida a Seguro Prorrogado.

3. Estado de Invalidez Total y Permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular.

4. Enfermedades o Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.

5. Cuando el Asegurado Titular se encuentre tramitando o en proceso de obtener un dictamen de Incapacidad Total y Permanente, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Si estando vigente esta cobertura, el Asegurado Titular sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, **ARGOS** lo eximirá del pago de las Primas correspondientes al resto de vigencia únicamente de la cobertura básica de aquel Asegurado Titular que se invalide total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad.

El beneficio iniciará a partir de la fecha en que se diagnostique el mencionado estado de invalidez del Asegurado Titular, y solo continuará asegurado en la cobertura de fallecimiento; las coberturas adicionales contratadas, continuarán vigentes hasta por el resto del periodo de pago contratado; posterior al cumplimiento del periodo quedarán canceladas automáticamente.

Para efectos de este contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado Titular para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por enfermedades o accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones o pérdidas orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico, así como las pérdidas orgánicas que se cataloguen en la Ley Federal del Trabajo con un porcentaje de incapacidad superior al 85%.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se requerirá la presentación a **ARGOS** del dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que determine una Invalidez o incapacidad superior al 85% o por un médico particular especialista en medicina del trabajo, que determinen una invalidez o incapacidad total y permanente de acuerdo con ésta cláusula. **ARGOS** tendrá la facultad de requerir al Asegurado Titular la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella el cual deberá ser especialista en medicina del trabajo para confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador especialista en medicina del trabajo de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado Titular se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en medicina del trabajo cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en medicina del trabajo, prevalecerá la opinión del médico especialista en medicina del trabajo dictaminador de **ARGOS.**

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 15 (quince) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 70 (setenta) años.

EXCLUSIONES

La Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente no será cubierta cuando:

1. El estado de Invalidez Total y Permanente sea originado por participar en:
a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo o insurrección.
b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado Titular.
c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquellas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo 48 horas de antelación.
d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.

2. Estado de Invalidez Total y Permanente que se presente cuando esta póliza haya sido convertida a Seguro Prorrogado.

3. Estado de Invalidez Total y Permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular.

4. Enfermedades o Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.

5. Cuando el Asegurado Titular se encuentre tramitando o en proceso de obtener un dictamen de Incapacidad Total y Permanente, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Cáncer

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará la Suma Asegurada contratada si al Asegurado(a) Titular le es diagnosticado durante la vigencia de la póliza Cáncer de Mama o Cáncer Cérvico - Uterino y Cáncer de Próstata, de conformidad con las definiciones siguientes:

Se entenderá por Cáncer el diagnóstico positivo de la presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. Incluye solamente, diagnóstico positivo de Cáncer de Mama o Cáncer Cérvico – Uterino y Cáncer de Próstata.

Comprobación médica del diagnostico

Se entenderá como Comprobación Médica del Cáncer el diagnóstico (confirmado mediante evidencia, clínicas, radiológicas,

histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y se requerirá la presentación de:

• Informe del médico tratante especialista en la materia (formato de **ARGOS**).
• Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
• Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado(a) Titular (formato **ARGOS**).

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del diagnostico. En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia que se trata de **ARGOS** no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente especialista en la materia que se trata cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado(a) Titular se niegue a ser valorada por este tercer médico independiente especialista en la materia que se trata, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia que se trata de **ARGOS**.

EXCLUSIONES

1) No se pagará la cobertura de Cáncer cuando se haya diagnosticado el cáncer antes de la contratación de la póliza.

Límites de edad

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son 15 (quince) años como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado(a) Titular sea de 70 (setenta) años.

Liquidación del Beneficio

Para la liquidación del beneficio de Cáncer, el Asegurado(a) Titular deberá de hacer llegar a la Aseguradora los documentos mencionados en el apartado de Comprobación Médica del Diagnostico. En caso de proceder el pago de la Suma Asegurada, esta se hará en una sola exhibición.

Intervenciones Quirúrgicas: Tipo 1 y/o Tipo 2

ESTAS COBERTURAS SOLO OPERARÁN UNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICAN EXPRESAMENTE QUE ESTÁN INCLUIDAS

ARGOS se obliga durante la vigencia de la póliza a cubrir la indemnización correspondiente señalada en la póliza al Asegurado Titular que sufra de uno de los eventos que se señalan (Evento Cubierto) de conformidad con las siguientes definiciones y lineamientos:

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto la Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 y/o las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2 siempre y cuando ambas se encuentren incluidas en las definiciones respectivas y no correspondan a las exclusiones.

Intervenciones Quirúrgicas

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean locales o generales.

Intervención Quirúrgica Tipo 1

ESTAS COBERTURAS SOLO OPERARÁN UNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICAN EXPRESAMENTE QUE ESTÁN INCLUIDAS

Se entenderá como Intervención Quirúrgica tipo 1 aquellas en las que se abran las siguientes cavidades: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.

Para las intervenciones quirúrgicas siguientes aplicará un periodo de espera de 180 (ciento ochenta) días.

a) Cirugías de hernias de cualquier tipo.
b) Cirugías de tumores benignos de piel, tejido celular subcutáneo y adiposo. Lipomas.
c) Cirugías de vesícula biliar.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Intervención Quirúrgica Tipo 2

ESTAS COBERTURAS SOLO OPERARÁN UNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICAN EXPRESAMENTE QUE ESTÁN INCLUIDAS

Se entenderá como Intervención Quirúrgica tipo 2 aquellas que no cumplan con la definición anterior y por lo tanto no puedan catalogarse como Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Comprobación Médica del Evento

Se requerirá como comprobación médica de Intervenciones Quirúrgicas para comprobar la ocurrencia la presentación de:

• Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
• Carta comprobatoria en original y con papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
• Informe del cirujano (formato de Seguros **ARGOS**).
• Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
• Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado Titular (formato **ARGOS**).

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS.**

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS** no ratifique el dictamen deocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista en la materia que se trate independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico especialista en la materia que se trate independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS**.

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.
En caso de eventos simultáneos durante un mismo año de vigencia, dicha cobertura se pagará en una sola ocasión y la cobertura quedará cancelada para ese año, reinstalándose la Suma Asegurada al siguiente aniversario o renovación de la póliza.

Para efectos de indemnización los dos tipos de eventos son excluyentes entre si, por lo que si en un determinado caso son aplicables las definiciones de más de un tipo de evento cubierto, sólo se pagará la suma asegurada mayor.

Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado Titular requiere más de una intervención quirúrgica sólo se pagará la indemnización correspondiente a una de ellas (la de suma asegurada mayor).

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo, de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 65 (sesenta y cinco) años y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 66 (sesenta y seis) años de edad.

EXCLUSIONES

La cobertura de Intervención Quirúrgica por Evento Cubierto en cualquiera de sus tipos no se cubrirá en los siguientes casos:

1. Toda intervención quirúrgica relacionada con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
2. Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.
3. Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.
4. Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de:
- **a) Un accidente automovilístico que pueda ser plenamente comprobado con documentación oficial de aseguradoras y/o autoridades en la que queden claramente consignadas las lesiones.**
- **b) Un accidente de trabajo tipificado como tal por las autoridades en dicha materia y que sea plenamente comprobable su ocurrencia y las lesiones sufridas.**

5. Toda intervención quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.
6. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.
7. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.
8. Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ” no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.
9. Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa.
10. Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud.
11. Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:
- **a) Práctica profesional de cualquier deporte.**
- **b) Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado Titular**
- **c) Participación del Asegurado Titular en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.**
- **d) Intento de suicidio o auto lesión.**
- **e) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.**
- **f) Estados de depresión o enajenación mental.**

12. Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación

o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza.

13. Todas las incisiones no en "cavidades" (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm., en padecimientos benignos.

Renta Diaria por Hospitalización

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará al Asegurado Titular de la póliza, la Suma Asegurada, de esta cobertura que consiste en una Renta Diaria por Hospitalización, si el Asegurado Titular requiere durante la vigencia de la póliza, ser hospitalizado por más de dos (2) noches continuas para un tratamiento médico o quirúrgico a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente amparada en la carátula de la póliza.

ARGOS, reconocerá al Asegurado Titular, de forma retroactiva, el beneficio diario indicado en la carátula de la póliza, el cual puede ser con:

1. Límite de indemnización de 10 días, o
2. Sin límite de indemnización por evento.

Para ambas opciones se cubren hasta 2 eventos por año de vigencia de la Póliza.

En caso de que el Asegurado Titular sea hospitalizado a consecuencia de la misma enfermedad o accidente que dio lugar a una Hospitalización previamente cubierta, y siempre y cuando dicha Hospitalización ocurra durante los noventa (90) días posteriores a la anterior, será considerada como continuación de la misma y será elegible para el pago de Renta Diaria por Hospitalización contratada desde las primeras noche.

El número de días que pagará **ARGOS**, será igual al número de días que facture la institución hospitalaria.

El Beneficio Adicional, se otorgará de acuerdo a las siguientes definiciones:

Accidente: Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas.

Hospitalización: Se entiende que ella ocurre cuando el asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

Hospital: Establecimiento destinado al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, con facilidades organizadas para dar diagnóstico, cirugía mayor, servicio médico con profesionales legalmente titulados y servicio de enfermeras o enfermeros graduados. Todo ello operando legalmente de acuerdo con las normas legales vigentes aplicables.

Periodo de Espera: Es el periodo comprendido a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el Asegurado no contará con cobertura.

El periodo de espera para otorgar el Beneficio Adicional amparado en el presente, será de doce meses para los siguientes padecimientos:

- Padecimientos de columna vertebral.
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias y eventraciones.
- Nariz o senos paranasales

Para eventos relacionados a una Enfermedad, el periodo de espera para otorgar el Beneficio Adicional amparado en el presente Beneficio Adicional, será de ciento ochenta (180) días; salvo que se estipule otro plazo en la carátula de la Póliza. El periodo indicado será contado desde la fecha de vigencia inicial del presente Beneficio Adicional o desde la fecha de rehabilitación que en su caso corresponda.

Para los periodos de renovación automática de vigencia de este Beneficio, no se aplicará ningún periodo de espera, así también el periodo de espera, no aplicará para el caso de que la hospitalización derive de un tratamiento médico o quirúrgico consecuencia de un Accidente.

Médico: Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina en el país donde tenga que ser atendido algún asegurado o que haya validado en tal país el título obtenido en el extranjero y que, además, tenga vigente la autorización oficial para su ejercicio profesional.

Enfermedad Preexistente: Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se haya declarado previamente a la celebración de este contrato
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la póliza
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de la vigencia de la póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnostico, que se haya practicado el Asegurado.

El médico tratante del Asegurado Titular no podrá ser:

a) El mismo Asegurado;
b) El cónyuge del Asegurado; o
c) Los padres, hermanos o hijos del Asegurado o su cónyuge.

Exclusiones:

ARGOS no pagará el beneficio adicional de Renta Diaria por hospitalización al Asegurado Titular, en los siguientes eventos:

a) Cualquier enfermedad o lesión corporal interna o externa preexistente a la Contratación del Seguro.
b) Enfermedades o afecciones congénitas.
c) Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad y fecundidad.
d) Cualquier trastorno mental o nervioso o curas de reposo o trastornos del sueño, pandemias o epidemias.
e) Tratamientos o procedimientos relacionados con el embarazo, parto, aborto, o intento de aborto.
f) Toda intervención quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.
g) Exámenes médicos generales conocidos como check up o tamizaje sin indicación médica o con el fin de obtener un diagnóstico. Así como los tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.

h) Intervenciones quirúrgicas con el propósito de donar algún órgano, tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, Diabetes o Esclerosis múltiple.

Así mismo, ARGOS no pagará la suma asegurada, cuando las lesiones corporales fruto de un accidente tengan su causa, consistan en, o sean consecuencia de:

a) La actividad del Asegurado como piloto civil o comercial o tripulante de vuelo y el vuelo como pasajero en helicóptero.
b) Los accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre siendo transportado en aeronaves privadas y no comerciales (incluidos los helicópteros).
c) Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquiera periodo de 12 meses).
d) Participación del Asegurado en actos de guerra u hostilidades (sea o no guerra declarada), insurrección, revolución, rebelión, servicio militar, terrorismo o alborotos populares.
e) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la participación del asegurado en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
f) Cualquier intervención quirúrgica debido a un acto intencional o auto- infligido, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
h) Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
i) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de participación deliberada de la Vida Asegurada en cualquier acto ilegal o criminal.
j) Lesiones o enfermedades que surgen de la práctica de deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, vuelos aéreos (incluyendo salto bungee, uso de planeadores, globo aerostático, paracaidismo y clavados) a menos que lo contrario sea acordado por medio de un endoso especial.

Los límites de admisión son: 15 años como mínimo y 69 años como máximo.

Fractura De Huesos

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará al Asegurado Titular, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura si él mismo sufre una o varias fracturas ósea cubierta a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, que pueda ser demostrada dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

Se entiende por Accidente: El acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado Titular.

Se entiende por fractura de Huesos: Lesión traumática de un hueso ocasionada por la acción de una fuerza externa a consecuencia de un accidente, caracterizada por la interrupción de la continuidad del tejido óseo.

El Beneficio Adicional de Fracturas de Huesos, podrá contratarse bajo las siguientes modalidades, la modalidad seleccionada por el Asegurado Titular, se hará constar en la carátula de la póliza.

1.1. Modalidad Suma Asegurada Fija

La Suma Asegurada es fija para cualquier tipo de fractura ósea cubierta, esta se hará constar en la carátula de la póliza, las fracturas cubiertas; son las que se indican a continuación:

Localización de la Fractura ósea accidental
1. Cuello
2. Cadera pelvis
3. Cráneo
4. Fémur, húmero
5. Fracturas de tobillo, tibia o peroné, fracturas de codo, escápula
6. Maxilar inferior, clavícula
7. Cúbito, radio, muñeca y mano. **(Excluyendo dedos)**
8. Vértebras
9. Esternón, patela, hueso malar
10. Pie. **(Excluyendo dedos)**

En caso de fracturas simultáneas durante un mismo año de vigencia, dicha cobertura se pagará en una sola ocasión y la cobertura quedará cancelada para ese año, reinstalándose la Suma Asegurada al siguiente aniversario o renovación de la póliza.

1.2. Modalidad Porcentaje de la Suma Asegurada

La Suma Asegurada se determina por el tipo de fractura cubierta y se definirá como un porcentaje de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, el porcentaje se determinará de acuerdo a la siguiente tabla; En caso de fracturas simultáneas en un mismo año de vigencia de la póliza, **ARGOS** pagará el monto procedente para cada fractura sin que el total exceda la suma máxima contratada para esta cobertura, la cual se hará constar en la carátula de la póliza. La Suma Asegurada se reinstalará en cada aniversario o renovación de la póliza.

Localización de la Fractura ósea accidental	Porcentaje de la SA contratada
1. Cuello	100%
2. Cadera pelvis	80%
3. Cráneo	50%
4. Fémur, tarso, húmero	40%
5. Fracturas de tobillo, tibia o peroné, fracturas de codo, escápula	35%
6. Maxilar inferior, clavícula	30%
7. Cúbito, radio, muñeca	25%
8. Vértebras	20%
9. Esternón, patela, hueso malar	15%
10. Mano **(Excluyendo dedos y muñeca)** Pie **(excluyendo dedos y tarso)**	10%

Los límites de admisión para el Asegurado Titular, fijados por **ARGOS** son 18 años como mínimo y 64 años como máximo, cancelándose al aniversario inmediato posterior en que la edad del Asegurado Titular sea de 65 años.

Exclusiones

La cobertura de Fracturas de Huesos no cubre:

1. Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o fractura

incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
2. Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
3. Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
4. Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
5. Fracturas que se deriven de manera directa o como resultado de las siguientes situaciones:
a) Accidentes originados por participar en:

I. Servicio militar, actos de guerra, actos terroristas, rebelión, motín, insurrección o tumulto popular, cuando el Asegurado Titular participe como elemento activo;
II. Riña provocada por el Asegurado Titular
III. Navegación área no realizada en líneas de transporte comercial aéreo;
IV. Práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo;
V. Práctica profesional de cualquier deporte;
VI. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

b) Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
c) Intentos de suicidio, aun cuando se comentan en estado de enajenación mental.
d) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo los efectos del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico autorizado para el ejercicio profesional.
e) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
f) Síncope, convulsiones, lipotimias o parálisis.

III.CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

ARGOS se obliga en los términos de éste contrato, a brindar al Asegurado Titular la protección de las coberturas amparadas en la póliza a cambio de la obligación del pago de la Prima convenida, a partir del momento en que el Asegurado Titular tenga conocimiento de la aceptación de su oferta y durante la vigencia de la misma.

La carátula de la póliza, estas condiciones generales, endosos, la solicitud de seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrado entre **ARGOS** y el **CONTRATANTE**, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes y haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Pago de Primas

El importe de la Prima vence en el momento de la celebración del Contrato, no obstante el **CONTRATANTE** puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el **CONTRATANTE** y **ARGOS** en la fecha de la celebración del Contrato.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

El Asegurado debe pagar la prima anual de cada beneficio contratada a partir de la fecha de inicio de vigencia y en los plazos de pago estipulados. El monto de prima que se estipula en la carátula de la póliza es suficiente para garantizar las

Sumas Aseguradas de los beneficios amparados en la carátula de póliza, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del Asegurado.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, el monto de la prima estipulada se pagará con la periodicidad convenida, en las oficinas de **ARGOS**, a cambio del recibo correspondiente. El Contrato de Seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de Prima o de la fracción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que se convenga el pago de las primas por conducto de la dependencia, entidad o empresa en que el Asegurado preste sus servicios, con cargo a su salario, se considerarán pagadas en la fecha en que dicha prima ingrese a **ARGOS**. Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de primas será prueba suficiente del pago de la misma. En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dichas facilidades de pago, el Asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a **ARGOS**, quién expedirá el recibo correspondiente que ampare el pago de la prima de la Póliza.

Valores Garantizados

Este producto no otorga valores garantizados.

Renovación Automática

Este seguro podrá ser renovado a petición del Asegurado Titular por el mismo plazo de seguro que venía disfrutando, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales.

La prima se aplicará de acuerdo a la tarifa vigente y a la edad alcanzada por el Asegurado Titular a la fecha de renovación.

Edad

Para efectos de este contrato, se considera como edad del Asegurado Titular la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de celebración del contrato de seguro. La fecha de nacimiento del Asegurado Titular podrá comprobarse fehacientemente una sola vez cuando **ARGOS** lo solicite y se hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no se podrán exigir nuevas pruebas de edad.

Ajuste por edad

Si en vida del Asegurado Titular se comprueba que al expedirse la póliza, su edad real era:

a) Menor que la declarada. **ARGOS** reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado Titular en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores se deducirán de acuerdo a la edad real del Asegurado Titular.
b) Mayor que la declarada. La obligación de **ARGOS** 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.
c) Fuera de los límites de admisión. **ARGOS** considerará rescindido el contrato, devolviendo al Asegurado Titular la reserva matemática existente en la fecha de rescisión.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado Titular se comprueba que al expedirse la póliza, su edad real era:

a) Incorrecta pero dentro de los límites de admisión, **ARGOS** estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas alcancen a amparar de acuerdo con la edad real, conforme a la nota técnica.
b) Incorrecta y se encuentra fuera de los límites de admisión,**ARGOS** considerará rescindido el contrato, devolviendo a los Beneficiarios la reserva matemática existente en la fecha de rescisión, en la misma proporción que se estableció para la Suma Asegurada básica.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de la Póliza de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de

fallecimiento y de 2 (dos) años en las demás coberturas; en todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, lo anterior en términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también 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 **ARGOS.**

Omisiones o Declaraciones Inexactas

El **CONTRATANTE** y el Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a **ARGOS**, todos los hechos importantes que se le pregunten en la solicitud y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a **ARGOS** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Modificaciones y Notificaciones

Las modificaciones a este contrato se harán previo acuerdo entre **ARGOS** y el **CONTRATANTE** haciéndose constar por escrito mediante los endosos registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes de seguros o cualquiera otra persona no autorizada expresamente por **ARGOS**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a **ARGOS** deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza, los requerimientos y comunicaciones que **ARGOS** deba hacer al Asegurado Titular o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca **ARGOS.**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **ARGOS** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de **ARGOS** a satisfacer las prestaciones reclamadas.

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.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía:
Dirección: Tecoyotitla número 412, colonia Ex Hacienda de Guadalupe, Chimalistac. C.P. 01050, Ciudad de México.
Datos CONDUSEF: Telefono: (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80, Dirección: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P 03100 Página WEB: www.condusef.gob.mx, E-mail: webmaster@condusef.gob.mx

Indisputabilidad

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla 2 (dos) años de estar en vigor, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado Titular, entendiendo por esto que **ARGOS** renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Asimismo, no serán disputables por cuanto a la rescisión a que se refiere el párrafo anterior, después de 2 (dos) años a partir de la fecha de su inicio de vigencia, los incrementos de Suma Asegurada o la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional no estipulados en el contrato original, por omisiones o inexactas declaraciones contenidos en los documentos que formen parte de la póliza y que hayan servido de base para el otorgamiento de los mismos.

Suicidio

ARGOS estará obligada al pago de la Suma Asegurada, en caso de suicidio del Asegurado Titular, si éste ocurre después de 2 (dos) años de estar en vigor este contrato o su última rehabilitación, en el caso de que ocurra dentro de los 2 (dos) primeros años, la obligación de **ARGOS** se limitará a cubrir el importe de la reserva matemática existente

Indemnización por Mora

En caso de que **ARGOS**, no obstante haber recibido la documentación completa relacionada con el siniestro así como la información que le permita 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 sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, o beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél que se haga exigible la obligación.

Para mayor referencia se transcribe el artículo:

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya,

conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno.

Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Deducciones

Cualquier Prima vencida y no pagada, serán deducidos de la liquidación que proceda.

Terminación del Contrato

El contrato terminará sin obligación posterior para **ARGOS**, con la Forma de Liquidación del Beneficio procedente o por expiración del plazo del seguro.

Cesación Automática del Contrato

El contrato de seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de prima o de la fracción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Rehabilitación

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falla de pago de Primas podrá ser rehabilitado en cualquier época, solicitándolo el **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular por escrito a **ARGOS** y justificando su asegurabilidad, **ARGOS** expedirá en caso de aceptación el endoso correspondiente. Al efectuarse la rehabilitación el **CONTRATANTE** debrá pagar la Prima o Primas en descubierto.

Comprobación del Siniestro

ARGOS tiene derecho a solicitar al Asegurado Titular o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Beneficiarios

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

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado Titular y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado Titular, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos de la cláusula siguiente, en cuyo caso se pagará la Suma Asegurada a la sucesión del beneficiario.

Cambio de Beneficiarios

El Asegurado Titular tiene derecho en cualquier tiempo, a designar o cambiar libremente a los beneficiarios de la póliza. Para tal efecto el Asegurado Titular deberá notificar el cambio por escrito a **ARGOS**, indicando el nombre del nuevo beneficiario, en caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **ARGOS** pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones de este contrato.

El Asegurado Titular puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable y deberá comunicarlo al beneficiario y a **ARGOS.**

Forma de Liquidación

1. **ARGOS** realizará el pago correspondiente al Asegurado Titular según sea el caso y la cobertura señalada en la carátula de la póliza.
2. **ARGOS** realizará el pago correspondiente a los beneficiarios designados en la póliza. A falta de beneficiarios expresamente designados, se pagará a la sucesión del Asegurado Titular.

Dicho pago se efectuará tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones y documentación completa que **ARGOS** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

ARGOS garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de aquel en que se satisfagan los requisitos señalados en el párrafo que antecede.

La Liquidación se hará de la siguiente forma:

a) En caso de pagos menores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en la CDMX, **ARGOS** efectuará el pago derivado de este contrato, en una sola exhibición a través de documento nominativo a cada uno de los beneficiarios.
b) En caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en la CDMX, se aplicará a elección de los beneficiarios, la Póliza de Administración Garantizada Argos (PAGA).

PAGA es una póliza con cobertura de renta vitalicia diferida que se expide a nombre del beneficiario y a través de la cual, se puede disponer parcial o totalmente del monto en dicha póliza invertido, más intereses, según los procedimientos registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Intermediarios

Durante la vigencia de la póliza, el **CONTRATANTE** podrá solicitar por escrito a **ARGOS**, le informe sobre 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. **ARGOS** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Responsabilidad Fiscal

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le substituya. Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan; sin perjuicio de que **ARGOS** realice las retenciones que señalen las disposiciones fiscales aplicables, con el fin de enterarlas por cuenta de terceros.

El **CONTRATANTE** sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El **CONTRATANTE** se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida, derivados del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta póliza de seguro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la LISF, el producto de seguros denominado T1 General quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 1 de marzo de 2012 con el número CNSF-S0060-0075-2012; el producto de seguros denominado CANCER GENERAL quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 12 de septiembre de 2012 con el número BADI-S0060-0032-2012; el producto de seguros denominado SIRVE INDIVIDUAL quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 15 de octubre de 2012 con el número BADI-S0060-0073-2012; el producto de seguros denominado RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN I quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de junio de 2015 con el número BADI-S0060-0009-2015; el producto de seguros denominado FRACTURAS DE HUESOS quedó registrado ante la CNSF,a partir del día 25 de Julio de 2017 con el número BADI-S0060-0053-2017 Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0075-2012/CONDUSEF-000256-02 con fecha 15/06/2017

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO?

Cuando se contrata un Seguro de Vida, es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu Seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Es muy fácil…

Como Contratante tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

• Solicitar al Intermediario que te ofrece el Seguro la identificación que los acredita para ejercer como tal.

• Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el Intermediario que te ofrece el Seguro. Éste se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

• Recibir toda la información que te permita conocer las Condiciones Generales del Seguro, incluyendo el alcance real de la Cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el Contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.segurosargos.com, o en cualquiera de nuestras oficinas.

En caso de que ocurra el siniestro tienes derecho a:

• Recibir el pago de la Suma Asegurada contratada en tu Póliza siempre y cuando suceda dentro del periodo de gracia para el pago de la Prima.

• Cobrar una indemnización por mora a la Aseguradora, en caso de retraso en el pago de la Suma Asegurada.

• En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la Aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

• Conocer a través de la CONDUSEF, si se es Beneficiario de una Póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y su Área Metropolitana el **20.00.17.00** y desde el Interior de la República el **01.800.265.20.20**.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México, México; con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 15:00 horas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el producto de seguros denominado Folleto Plus Derechos quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 31 de Marzo de 2015, con el número CGEN-S0060-0071-2015.
Registrado en la CONDUSEF con el número: CGEN-S0060-0071-2015/CONDUSEF-G-00271-001

*Usted puede consultar las Condiciones Generales de su Póliza de Seguro y/o modificaciones a las mismas en nuestra página web www.segurosargos.com.

Orientamos a los tuyos las 24 horas los 365 días del año, en todo México.

¿QUÉ HACER EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR?

1. Tener a la mano el Certificado de Cobertura Inmediata o Póliza Individual.
2. Llamar sin costo a **ASISTENCIA ARGOS: 01.800.506.01.02**
3. Proporcionar nombre y número de Póliza o Certificado del Asegurado Titular.
4. El Asesor le indicará los pasos a seguir, así como los documentos a entregar.

seguros ARGOS

Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda
de Guadalupe Chimalistac,
Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050
Tel. (55)20.00.17.00
01.800.265.2020
www.segurosargos.com
www.puedesestarseguro.com

Seguros Argos Oficial
@Seguros_Argos