

MAGISTRAL VIDA 30

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑÍA	4
CONTRATANTE	4
ASEGURADO TITULAR	4
SUMA ASEGURADA	4
ENDOSO	4
PRIMA	4

II. COBERTURAS

PROTECCIÓN BÁSICA POR FALLECIMIENTO	4
-------------------------------------	---

III. COBERTURAS ADICIONALES

GASTOS INMEDIATOS	5
RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS	5
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL	5
RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS POR ENFERMEDAD TERMINAL	6
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	6
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	8
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS	8
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	9
GASTOS FUNERARIOS PARA DESCENDIENTES	11
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	11
BENEFICIO ADICIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES	13
PREVISIÓN	15

IV. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO	19
TÉRMINO DEL SEGURO	20
VIGENCIA DEL CONTRATO	20
PAGO DE PRIMAS	20
IMPROCEDENCIA DE PAGO POR LA COMISIÓN DE DELITOS (OFAC)	20
PERIODO DE GRACIA	21
VALORES GARANTIZADOS	21
PERIODICIDAD	21
FONDO DE RESERVA	21
APLICACIÓN DEL FONDO DE RESERVA	21
RETIROS AL FONDO DE RESERVA	22
ESTADOS DE CUENTA	22
EDAD	22
AJUSTE POR EDAD	22
PRESCRIPCIÓN	23
MONEDA	23

**Registrado en la CONDUSEF con el número: CNSF-S0060-0489-2019/CONDUSEF-003809-05
con fecha 19/06/2020**

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	23
COMPETENCIA	24
CARENCIA DE RESTRICCIONES	24
INMUTABILIDAD	24
INDISPUTABILIDAD	24
SUICIDIO	24
INDEMNIZACIÓN POR MORA	25
DEDUCCIONES	26
TERMINACIÓN DEL CONTRATO	26
CESACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO	26
COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	26
BENEFICIARIOS	27
CAMBIO DE BENEFICIARIOS	27
FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO	27
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO	28
INTERMEDIARIOS	28
RESPONSABILIDAD FISCAL	28

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑÍA

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 contraonga.

PRIMA

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

II. COBERTURAS

PROTECCIÓN BÁSICA POR FALLECIMIENTO

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado Titular fallece durante el plazo del seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para **LA COMPAÑÍA**.

Los límites de admisión por edad establecidos por **LA COMPAÑÍA** son de 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

III. 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.

GASTOS INMEDIATOS

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

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

Al fallecimiento del Asegurado Titular, **LA COMPAÑÍA** realizará el pago por Gastos Inmediatos, a los beneficiarios designados en la póliza, en un plazo no mayor a 24 horas en días hábiles, una vez presentada la documentación requerida, salvo restricción legal en contrario.

Esta Suma Asegurada se duplicará en caso de que el Asegurado Titular fallezca a consecuencia directa de un accidente y el fallecimiento ocurra dentro del plazo de 90 días después de ocurrido el accidente, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental y esté incluida en la carátula de la póliza.

Esta Suma Asegurada se triplicará en caso de que el Asegurado Titular fallezca a consecuencia directa de un accidente colectivo de acuerdo a la definición detallada en la cláusula Indemnización por Muerte Accidental Colectiva y el fallecimiento ocurra dentro del plazo de 90 días después de ocurrido el accidente, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental Colectiva y esté incluida en la carátula de la póliza.

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 **LA COMPAÑÍA** son de 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS

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

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios, adicionalmente a la Suma Asegurada, todas las primas pagadas por el Asegurado Titular hasta el momento del fallecimiento siempre y cuando éste ocurra después de que se cumpla el segundo año de vigencia de la póliza y no se hayan reembolsado anteriormente al Asegurado Titular por Enfermedad Terminal.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

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

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

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

En caso de que el médico dictaminador designado por **LA COMPAÑÍA**, no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un tercer médico independiente cuyo costo correrá a cargo de **LA COMPAÑÍA**, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro; los médicos independientes deberán contar con la certificación en la especialidad de que se trate la Enfermedad Terminal.

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

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

No se considerará como tratamientos 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

Este beneficio, 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.**
- 4. Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.**

PORCENTAJE PARA PAGO ANTICIPADO

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

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

Este anticipo no generará intereses o recargos de ninguna índole que afecte la Suma Asegurada restante que en su momento no reciban los beneficiarios.

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

RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS POR ENFERMEDAD TERMINAL

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

Al cumplir el segundo año de vigencia de la póliza **LA COMPAÑÍA** reembolsará al Asegurado Titular todas las primas pagadas, una vez diagnosticada la Enfermedad Terminal.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

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

Adicional a la Suma Asegurada Básica, **LA COMPAÑÍA** pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece a consecuencia de un Accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Accidente:

Se entenderá por Accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado Titular, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado Titular, según corresponda.

Límites de Admisión:

Para estas coberturas los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

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** Muerte Accidental originada por envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- 3** Que el fallecimiento derivado del accidente ocurra 90 (noventa) días después.
- 4** Aquellos casos 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 LA COMPAÑÍA que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor de 100 Mgr/Dl.
- 5** Las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

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

Adicional a la Suma Asegurada por Indemnización por Muerte Accidental, **LA COMPAÑÍA** pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si la muerte del Asegurado Titular se origina:

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

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

Adicional a la Suma Asegurada que pudiera corresponder por la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental Colectiva e Indemnización por Muerte Accidental; en esta cobertura, **LA COMPAÑÍA** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada alcanzada que corresponda según la tabla siguiente si a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el plazo de la cobertura, el Asegurado Titular sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas:

PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano y la vista de un ojo.	100%
Un pie y la vista de un ojo.	100%
Una mano o un pie.	70%
La vista de un ojo.	50%
El pulgar de cualquier mano.	25%
El índice de cualquier mano.	15%
El medio, anular o meñique de cualquier mano.	10% c/u

Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano y/o un pie, la rigidez o inmovilidad total de la articulación o su separación. Por pérdida de los dedos, la rigidez o inmovilidad total de la articulación o su separación que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o la separación de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

La responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** en ningún caso excederá de la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado Titular sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas

Cancelación Automática:

Estos beneficios quedarán cancelados automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA**, a la primera reclamación de cualquiera de las coberturas o al término del plazo del seguro o en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 65 (sesenta y cinco) años, lo que ocurra primero.

ESTAS COBERTURAS NO OTORGAN DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

EXENCIÓN DE PAGO 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, **LA COMPAÑÍA** lo eximirá del pago de las Primas de las coberturas por fallecimiento, sin considerar las Primas de las coberturas por Muerte Accidental que venzan a partir de la fecha en que se emita el diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular.

Al tramitarse cualquier reclamación relacionada con el presente beneficio de Exención de Pago de Primas, **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado Titular.

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; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de valuación de Incapacidades permanentes.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Enfermedades o Accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se deberá presentar a **LA COMPAÑÍA** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo certificado por el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula.

Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar al Asegurado Titular, la realización de los exámenes clínicos o médicos y/o gabinete necesarios con médico especialista en medicina del trabajo, certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, designado por **LA COMPAÑÍA** y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular.

En caso de que el médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA** 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 y certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, siendo el dictamen de este 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, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA**.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo, renovándose automáticamente hasta los 59 (cincuenta y nueve) años.

EXCLUSIONES

Este beneficio no cubrirá:

1. El estado de Invalidez Total y Permanente que sea originado por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares 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, 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 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.
- e) Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado Titular haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- f) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se originen 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 a 100 Mgr/Dl.
- g) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular ocurra mientras el Asegurado Titular se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- h) Radiaciones ionizantes.
- i) Estado de Invalidez Total y Permanente originado por intento de suicidio o lesiones o Enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular.
- j) Estado de Invalidez Total y Permanente derivado directamente por alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.
- k) 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.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA** a la primera reclamación de la cobertura, o al término del plazo del seguro, o en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.

GASTOS FUNERARIOS PARA DESCENDIENTES

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

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado Titular, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura si alguno de los hijos Asegurados fallece, reinstalándose automáticamente la cobertura para amparar a los hijos sobrevivientes.

LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA DE ESTÁ COBERTURA PARA HIJOS MENORES DE 12(DOCE) AÑOS, NO PODRÁ SER SUPERIOR A 60(SESENTA) VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL VIGENTE EN EL ÁREA GEOGRÁFICA ÚNICA DEL PAÍS.

Se entiende por hijos del Asegurado, los nacidos antes de la firma de la solicitud y que sean declarados expresamente en la misma.

Los hijos del Asegurado Titular que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán asegurados a partir de los 30 (treinta) días posteriores a la fecha de su nacimiento y hasta el término del plazo de la cobertura, siempre y cuando el Asegurado Titular comunique por escrito a **LA COMPAÑÍA** los nacimientos ocurridos, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de nacimiento.

Cuando el menor de edad tenga 12 años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** para el Asegurado Titular son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

Cancelación Automática

La cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Para todos los hijos, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
- b) Para cada hijo, al aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el hijo cumpla la edad de 24 (veinticuatro) años.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

PAGO DE LA 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, **LA COMPAÑÍA** 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; para efectos de valuación de incapacidades de tipo orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de valuación de Incapacidades permanentes.

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.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se deberá presentar a **LA COMPAÑÍA** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo, certificado por el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula.

Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar al Asegurado Titular, la realización de los exámenes necesarios con médico especialista en medicina del trabajo certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, designado por **LA COMPAÑÍA** y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular.

En caso de que el médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA** 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 y certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, siendo el dictamen de este 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 **LA COMPAÑÍA**.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍAS** son de 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

EXCLUSIONES

Este beneficio no cubrirá:

1

El estado de Invalidez Total y Permanente que sea originado por participar en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares 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, 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 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.**
- e) **Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado Titular haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- f) **Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se originen 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 a 100 Mgr/Dl.**
- g) **Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular ocurra mientras el Asegurado Titular se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) **Radiaciones ionizantes.**

- 2 Estado de Invalidez Total y Permanente originado por intento de suicidio o lesiones o Enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular.
- 3 Estado de Invalidez Total y Permanente derivado directamente por alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.
- 4 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.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA** a la primera reclamación de la cobertura, o al término del plazo del seguro, o en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.

BENEFICIO ADICIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES

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

LA COMPAÑÍA 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 90(días) naturales, excepto para Cáncer en cuyo caso será de 180 (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 torácico típico;
- Cambios en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Evento Vascular Cerebral (EVC): Cualquier incidente de origen no traumático, 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,
- Pulmón,
- Páncreas,
- Riñón,
- Hígado.

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis: Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por pruebas de función renal y que esté en tratamiento con diálisis peritoneal, hemodiálisis o en protocolo de trasplante renal.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (“bypass”): 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 **LA COMPAÑÍA**.

Pruebas

LA COMPAÑÍA 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 **LA COMPAÑÍA** no ratifique el dictamen de la Grave Enfermedad, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de **LA COMPAÑÍA**, 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 del médico dictaminador que **LA COMPAÑÍA** designe.

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 documento que le acredite como apoderado o representante legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; si durante el proceso de reclamación de esta cobertura ocurre la muerte del Asegurado, solamente 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) Protocolos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades relacionadas con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.
- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “stent”.
- i) Tumores y cáncer en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ”, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
- j) En caso de períodos temporales de diálisis (insuficiencia renal aguda), o extracción de un riñón, sin antecedente de enfermedad renal crónica.

Esta cobertura terminará en los siguientes casos:

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

Límites de edad

Para ésta cobertura los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son 15 (quince) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo, cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado(a) Titular sea de 65 (sesenta y cinco) años.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 65 años.

PREVISIÓN

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

Esta cobertura consiste en la compra de una renta diferida. Durante el Período de Diferimiento (el cual se define más

adelante) y a partir de la fecha de efectividad de esta póliza el Asegurado Titular podrá disponer en forma total o parcial del Fondo constituido por sus aportaciones e intereses. Transcurrido el Período de Diferimiento, **LA COMPAÑÍA** pagará al Asegurado Titular la renta a la que tenga derecho.

Renta

Es la cantidad a la que tendrá derecho el Asegurado Titular una vez que termine el Período de Diferimiento, y que se determinará en función del saldo existente en el Fondo a la fecha de inicio de pago o liquidación.

Fecha de Efectividad

Es la fecha a partir de la cual se inicia la vigencia de esta póliza. A partir de esta fecha se empiezan a acreditar intereses al Fondo que se constituye. La fecha de efectividad se señala en la carátula de esta póliza.

Periodo de Diferimiento

Se define como el número de años contados a partir de la fecha de efectividad y el Inicio de Liquidación del Beneficio.

El Periodo de Diferimiento estará en función de la edad en la que el Asegurado Titular opte por recibir la renta a edad 60, 65 o 90 años.

El Periodo de Diferimiento podrá extenderse previa solicitud por escrito del Asegurado Titular a **LA COMPAÑÍA**.

Inicio de Liquidación del Beneficio

Es la fecha a partir de la cual se iniciará el pago de rentas de acuerdo a lo estipulado en la Forma de Liquidación de la Cobertura.

En caso de que llegada la fecha de Inicio de Liquidación, el Asegurado Titular no solicite a **LA COMPAÑÍA** el pago del importe correspondiente de esta cobertura, dicho importe se enviará en forma automática a un Fondo en administración donde permanecerá hasta ser reclamado por el Asegurado Titular o sus beneficiarios. En este caso ni el Asegurado Titular ni sus beneficiarios tendrán derecho a reclamar a **LA COMPAÑÍA** el pago de los intereses moratorios.

Forma de Liquidación de la Cobertura

Una vez terminado el Período de Diferimiento, el Asegurado Titular tendrá derecho a una renta mensual vitalicia con Período de Garantía de 10 (diez) años. El monto de la renta mensual vitalicia es el que aparece señalado en la carátula de la póliza. Si el Asegurado Titular realiza aportaciones adicionales o retiros parciales, el monto de la Renta mensual a la que tiene derecho se modificará de acuerdo con 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 período de Liquidación de la Cobertura y antes de que se cumplan los 10 (diez) años de renta garantizada, **LA COMPAÑÍA** pagará a los beneficiarios designados en la póliza las rentas mensuales que faltaren para cubrir el Período de Garantía de 10 (diez) años. Estas cantidades serán cubiertas en la misma forma y periodicidad con la que se venían pagando al Asegurado Titular. Una vez terminado el Período de Garantía de 10 (diez) años, termina toda obligación de **LA COMPAÑÍA** con respecto a los beneficiarios.

Otras Formas de Liquidación

Una vez que dé inicio la Liquidación de la Cobertura y en caso de que el Asegurado Titular así lo solicite, podrá optar por otra forma de liquidación diferente a la señalada en la cláusula Forma de Liquidación de la Cobertura, eligiendo el Asegurado Titular entre las siguientes:

a) Renta Vitalicia sin Período de Garantía: Una renta anual o mensual que se iniciará en la fecha de término del Período de Diferimiento y continuará durante la vida del Asegurado Titular, terminándose toda obligación de **LA COMPAÑÍA** al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular. En caso de que el Asegurado Titular elija esta Forma de Liquidación.

b) Pago Único: Se le dará al Asegurado Titular el monto total del Fondo constituido hasta el vencimiento del Período de Diferimiento, terminándose toda obligación de **LA COMPAÑÍA** al efectuar dicho Pago Único.

Fondo

El Fondo durante el Período de Diferimiento, estará constituido por:

- a) Las Primas aportadas.
- b) Las aportaciones adicionales que en su caso se realicen.
- c) Intereses generados.

Las aportaciones adicionales podrán ser realizadas por cualquier medio válido habilitado por **LA COMPAÑÍA** para este efecto.

Menos:

a) Los rescates parciales que sobre el Fondo se efectúen.

b) Otros cargos al Fondo que podrán efectuarse por aportación, rescates, administración y en su caso por el pago de la Prima de las Coberturas Adicionales a la de previsión que en su caso estén contratadas.

La Prima y las aportaciones adicionales serán invertidas por **LA COMPAÑÍA** conforme a las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por lo que el interés generado por dichas inversiones, será calculado conforme a la Nota Técnica registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Instrucciones a LA COMPAÑÍA respecto al Fondo

Todas las instrucciones para realizar retiros parciales, rescates o cualquier otro movimiento que afecte al Fondo, en términos de este Contrato, deberán ser efectuadas por el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular mediante un escrito dirigido a **LA COMPAÑÍA**.

No obstante, el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular podrán girar sus instrucciones a **LA COMPAÑÍA**, mediante el uso del Centro de Atención a Clientes que **LA COMPAÑÍA** tiene establecido para tal fin o a través de Internet en la página Web de **LA COMPAÑÍA**.

LA COMPAÑÍA presentará en forma gratuita al **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular el servicio de consulta y operaciones a través de su Centro de Atención a Clientes vía telefónica o vía electrónica a través de Internet, a efecto de que el Asegurado Titular pueda efectuar rescates o consultas del Fondo afecto a esta póliza.

Para tales efectos, el **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular deberán proporcionar a **LA COMPAÑÍA** la información que ésta estime necesaria para comprobar su identidad, así como se obliga a seguir las instrucciones para el soporte de las operaciones que realice, para tales efectos se proporcionará al **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular un número de identificación único.

El uso y confidencialidad del número de identificación asignado al **CONTRATANTE** y/o al Asegurado Titular, son responsabilidad de cada uno de ellos.

Las llamadas que **LA COMPAÑÍA** reciba en su Centro de Atención a Clientes, podrán ser grabadas utilizando el registro de voz por medios electrónicos reproducibles, para seguridad de las partes.

El uso del servicio por medio del Centro de Atención a Clientes o vía Internet tendrá los mismos efectos legales que si el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular hubieran girado sus instrucciones por escrito.

La información e instrucciones que el **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular transmitan a **LA COMPAÑÍA** mediante el Centro de Servicio a Clientes e Internet, tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar las operaciones realizadas.

Pago Automático de Primas Contra Fondo

Si el **CONTRATANTE** deja de pagar alguna Prima, el Contrato no cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia para el pago de Primas; siempre y cuando el importe que tenga acumulado en su Fondo alcance a cubrir el importe de la Prima vencida.

En caso de haberse contratado la Cobertura de Previsión y sin necesidad de previa solicitud del **CONTRATANTE**, **LA COMPAÑÍA** realizará la aplicación del importe del pago de la Prima vencida, hasta por el total del saldo positivo que disponga la póliza

En estos casos y sin necesidad de previa solicitud del **CONTRATANTE**, **LA COMPAÑÍA** realizará la aplicación del importe del pago de la Prima vencida.

Para la aplicación de esta cláusula, primero se considerará el importe que exista en el Fondo que tenga disponible en su póliza el **CONTRATANTE**, si éste es suficiente para pagar la Prima vencida se disminuirá el saldo del Fondo.

En caso de que el valor disponible para aplicar no sea suficiente para cubrir la Prima vencida, el Contrato cesará en sus efectos en forma automática por agotamiento de reserva, sin que se requiera declaración alguna por parte de **LA COMPAÑÍA**.

Disposiciones Fiscales

Todas las Formas de Liquidación de la Cobertura, aportaciones adicionales y los retiros parciales o totales estarán sujetos conforme a las Leyes Fiscales Vigentes en la fecha de pago o retiro según corresponda.

Estados de Cuenta

LA COMPAÑÍA proporcionará al **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular, por lo menos una vez al año, un estado de cuenta que contendrá la siguiente información:

- a) Fondo o saldo anterior al aniversario inmediato anterior.
- b) Rescates o retiros efectuados por el Asegurado Titular, en el período.
- c) Intereses acreditados o intereses generados por la inversión del Fondo.
- d) Aportaciones efectuadas por el Asegurado Titular.
- e) Fondo o saldo al aniversario actual.

Los montos reflejados serán los que existan a la fecha en que **LA COMPAÑÍA** emita el estado de cuenta correspondiente.

Rescates Parciales o Totales

El Asegurado Titular podrá realizar en cualquier momento durante el Período de Diferimiento, rescates parciales o totales sobre el Fondo, previa solicitud a **LA COMPAÑÍA**, aplicándose los cargos correspondientes sobre los mismos, así como

las retenciones que en su caso tenga que efectuar **LA COMPAÑÍA** de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes en esa fecha.

En caso de haberse efectuado rescates parciales, la renta originalmente contratada será modificada tomando en cuenta dichos movimientos.

Cancelación de la Cobertura

La cobertura dejará de estar en vigor en cualquiera de los siguientes casos:

a) Fallecimiento del Asegurado Titular.

a.1) Si el fallecimiento ocurre dentro del Período de Diferimiento, **LA COMPAÑÍA** entregará a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular el Fondo constituido hasta ese momento.

a.2) Si el fallecimiento ocurre dentro del período de pago de rentas, se aplicará la Forma de Liquidación del Beneficio que se haya elegido.

b) En caso de cancelación total de la póliza. En este supuesto se pagará al **CONTRATANTE** el importe que a esta fecha exista en el Fondo en una sola exhibición.

c) En caso de que el importe afecto al Fondo sea insuficiente para efectuar el pago del beneficio de la Cobertura de Previsión y/o el pago de las Primas de las coberturas adicionales a ésta, en cuyo caso el Fondo se rescatará automáticamente y el importe correspondiente que exista se pondrá a disposición del **CONTRATANTE**.

GARANTÍA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Al término de este contrato, este seguro podrá ser renovado en cuanto a su vigencia a petición del Asegurado Titular por el mismo plazo de seguro que venía disfrutando, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales.

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

La renovación otorgará derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad

b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado Titular, y

c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado Titular.

IV. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

LA COMPAÑÍA se obliga en los términos de este 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 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 del seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrando entre **LA COMPAÑÍA** y el **CONTRATANTE**, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Inicio del Seguro y/o Fecha de Efectividad

Será la fecha a partir de la cual entrará en vigor cada una de las coberturas contratadas por el Asegurado Titular, las cuales se señalan en la carátula de la póliza.

Término del Seguro

Será la fecha en la cual concluye la protección de la póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

Vigencia del Contrato

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la fecha de Inicio del Seguro y/o Fecha de Efectividad y la fecha de Término del Seguro, estipuladas en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato y cumpliendo con lo estipulado en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 **LA COMPAÑÍA** 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 **LA COMPAÑÍA**, 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.

Exceptuando el caso en que el Contratante haya contratado la Cobertura de Previsión, especificada en su carátula de póliza y el saldo sea positivo, será procedente la cláusula de Pago Automático de Primas Contra Fondo de la cobertura de Previsión.

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 **LA COMPAÑÍA**, quién expedirá el recibo correspondiente que ampare el pago de la prima de la Póliza.

Improcedencia de Pago por la comisión de Delitos (OFAC)

Se tomarán medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación a cualquier especie para la comisión de delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo código.

Periodo de Gracia

EI CONTRATANTE gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha de vigencia de cada recibo, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato, en caso de no ser

pagada la prima o la fracción de ella en términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesarán los efectos del presente contrato una vez se extinga el saldo del fondo de la póliza.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 (treinta) días del período de gracia, **LA COMPAÑÍA** deducirá, de la indemnización a que tenga derecho el beneficiario preferente, la prima total correspondiente a dicho período.

Se transcribe el Artículo 40 mencionado para mayor referencia.

Artículo 40.- *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.*

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Valores Garantizados

El valor de rescate en todo momento corresponderá al saldo del fondo menos los cargos correspondientes al momento de efectuarse la cancelación de la póliza y será el equivalente al saldo del fondo al momento de la cancelación menos las penalizaciones correspondientes, las cuales dependerán del año en el cual se solicite la cancelación de la póliza; es decir se considerará la fecha de antigüedad, edad del Asegurado al momento de la emisión y género.

Improcedencia de Pago por la comisión de Delitos (OFAC)

Se tomarán medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación a cualquier especie para la comisión de delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo código.

Periodicidad

El **CONTRATANTE** pagará la prima anual de manera fraccionada, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a 1 mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida en EL **CONTRATANTE** y **LA COMPAÑÍA** en la fecha de la celebración del contrato.

A partir del vencimiento, EL **CONTRATANTE** dispondrá de 30 (treinta) días para efectuar el pago de la prima correspondiente

Fondo de Reserva

El pago de la prima que reciba, incluidos las Coberturas Adicionales que se contraten, menos el costo del seguro, se aplicarán para construir e incrementar una reserva única que se denominará Fondo de Reserva. Asimismo, este Fondo de Reserva se incrementará con los intereses acreditables que se obtengan por su inversión.

Aplicación del Fondo de Reserva

La reserva de esta póliza se invertirá en un Fondo constituido por los instrumentos de inversión de conformidad con lo establecido en las reglas para la inversión de las reservas técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El Fondo de Reserva constituido, incluyendo el rendimiento por inversión logrado por este plan, se aplicará:

Como importe adicional a la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, es decir que la indemnización que se pague a los beneficiarios será el importe de la Suma Asegurada que se indique en la carátula de la póliza más el importe del Fondo de Reserva.

Retiros al Fondo de Reserva

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el Asegurado Titular podrá solicitar:

- a) A partir de la fecha de retiro total del Fondo de Reserva, la terminación de vigencia del presente Contrato; lo que aplicará únicamente con un retiro total y absoluto de su Fondo de Reserva, o
- b) A partir de la fecha de retiro parcial; cuya vigencia del presente Contrato dependerá de la suficiencia existente en el Fondo de Reserva; lo que aplicará únicamente con un retiro denominado parcial.

Cualquiera que elija el Asegurado Titular, **LA COMPAÑÍA** deducirá el importe de los gastos en que hubiere incurrido, esto será de la liquidación que corresponda, sea total o parcial.

Estados de Cuenta

En cada aniversario de la póliza, el Asegurado Titular podrá solicitar un estado de cuenta a **LA COMPAÑÍA**, en el que se le indicarán todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su Fondo de Reserva.

LA COMPAÑÍA enviará los Estados de Cuenta al domicilio que señalen en su contrato respectivo o al que posteriormente indiquen los asegurados o contratantes por medio del correo convencional.

El Asegurado Titular dispone de 30 (treinta) días naturales después de recibido el estado de cuenta para solicitar cualquier rectificación. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada y correcta la información contenida en el estado de cuenta.

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 **LA COMPAÑÍA** 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.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 (quince) años como mínimo y de 55 (cincuenta y cinco) como máximo, aplicarán exclusivamente para la cobertura denominada **PROTECCIÓN BÁSICA POR FALLECIMIENTO**.

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: **LA COMPAÑÍA** 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 posteriores se deducirán de acuerdo con la edad real del Asegurado Titular.
- b) Mayor que la declarada: 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.
- c) Fuera de los límites de admisión: **LA COMPAÑÍA** considerará rescindido el Contrato, devolviendo al Asegurado Titular la reserva matemática existente en la fecha de rescisión y el importe que, en su caso, exista en el Fondo.

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: **LA COMPAÑÍA** 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: **LA COMPAÑÍA** 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 **LA COMPAÑÍA**.

Omissiones o Declaraciones Inexactas:

El CONTRATANTE y en su caso el Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, 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 facultarán a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de **LA COMPAÑÍA**, se efectuarán en Moneda Nacional.

Modificaciones y Notificaciones

Las modificaciones a este contrato se harán previo acuerdo entre **LA COMPAÑÍA** 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 cualquier otra persona no autorizada expresamente por LA COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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 **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 Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 **LA COMPAÑÍA** a satisfacer las prestaciones reclamadas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quién ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez competente 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: Teléfono: (55)5340 0999 y (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: asesoría@condusef.gob.mx

Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

Inmutabilidad

Mientras que esta póliza este en vigor, **LA COMPAÑÍA** no podrá modificar las primas ni los Valores Garantizados en ella establecidos, salvo que exista modificación de la Suma Asegurada contratada, salvo lo dispuesto en la garantía de renovación.

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 1 año 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; entendiéndose por esto que **LA COMPAÑÍA** 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 1 año 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

LA COMPAÑÍA 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 **LA COMPAÑÍA** se limitará a cubrir el importe de la reserva matemática existente más el Fondo de Reserva y todas las aportaciones voluntarias realizadas al Fondo de la cobertura de Previsión, este último en caso de que se especifique en su carátula de póliza.

Indemnización por mora

En caso de que **LA COMPAÑÍA**, 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, artículo el cual se transcribe para mayor referencia.

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, e 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 deducidas de la liquidación que proceda.

Terminación del Contrato

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

Cancelación del Contrato

El asegurado/contratante podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro, bastando para ello la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de la institución o por cualquier tecnología o medio escrito disponible, y posterior a ello se le proporcionará un acuse de recibo con lo que quedará cancelado el contrato.

Cesación Automática del Contrato

Una vez agotado el fondo de reserva de su póliza, 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.

Comprobación del Siniestro

LA COMPAÑÍA 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 renunciado 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 **LA COMPAÑÍA**, indicando el nombre del nuevo beneficiario, en caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **LA COMPAÑÍA** 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 **LA COMPAÑÍA**.

Forma de Liquidación del Beneficio

a) **LA COMPAÑÍA** realizará el pago correspondiente al Asegurado Titular según sea el caso y la cobertura señalada en la carátula de la póliza.

b) **LA COMPAÑÍA** 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 quién solicite el pago, así como las declaraciones y documentación completa que **LA COMPAÑÍA** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

LA COMPAÑÍA garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de aquél 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 (treinta y cinco) días de Salario Mínimo General Vigente en el Área Geográfica Única del país, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, **LA COMPAÑÍA** 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 (treinta y cinco) días de Salario Mínimo General Vigente en el Área Geográfica Única del país, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, 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.

Documentación a Presentar en caso de Siniestro

LA COMPAÑÍA solicitará al Asegurado Titular o beneficiario los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro y la identidad de quién reclama el pago, siendo entre otros los siguientes:

- Formato de Reclamación Persona Física.
- Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil.
- Copia fotostática del Acta de Nacimiento del Asegurado Titular.
- Copia fotostática del Acta de Matrimonio. En caso de que la esposa(o) sea el beneficiario, o bien,
- Comprobante de Concubinato ante autoridad judicial competente.
- Copia fotostática del Acta de Nacimiento de los beneficiarios. En caso de que alguno de ellos hubiese fallecido presentar Acta de Defunción en original o copia Certificada por el Registro Civil.
- Copia fotostática de Identificación Oficial vigente de los beneficiarios mayores de edad.
- Si el domicilio de la identificación es diferente al formato de reclamación se requiere de la copia del comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- Carátula de póliza original, si se encontrara en poder del Beneficiario.
- Historia Clínica completa.
- RFC con homoclave la cual se deberá indicar en el formato de reclamación o en su defecto anexar CIF.
- En caso de Muerte Accidental: Actuaciones del Ministerio Público completas.

LA COMPAÑÍA tiene derecho a solicitar al Asegurado Titular o beneficiario toda clase de información o documentación adicional relacionada con el tipo de siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Intermediarios

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

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 sustituya. 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 **LA COMPAÑÍA** 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 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota Técnica que Integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de Junio de 2020 con el número CNSF-S0060-0489-2019.

Registrado en la CONDUSEF con el número: CNSF-S0060-0489-2019/CONDUSEF-003809-05 con fecha 19/06/2020

Derechos como contratante, asegurado y/o beneficiario 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.

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. Ésta 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 en 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 **2000 1700** y desde el Interior de la República el **800 265 2020**.

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, 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 de Fianzas, la documentación contractual y la nota Técnica que Integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de Junio de 2020 con el número CNSF-S0060-0489-2019.

Registrado en la CONDUSEF con el número: CNSF-S0060-0489-2019/CONDUSEF-003809-05 con fecha 19/06/2020