



PLAN DE VIDA

Operado por:



reinventando / los seguros

INSURANCE SERVICES





ÍNDICE

I. Objeto del seguro	3	c) Traslado médico de emergencia	9
II. Leyes aplicables	3	d) Descuentos y precios preferenciales	9
III. Definiciones	3	4. Asistencia Funeraria	10
1. Accidente	3	5. Servicios de Asistencia	
2. Asegurado	3	últimos trámites	11
3. Beneficiario	3	VI. Cláusulas Generales	12
4. Compañía	3	1. Vigencia	12
5. Contratante	3	2. Designación de Beneficiarios	12
6. Enfermedad preexistente	3	3. Incremento automático	
7. Póliza o contrato de seguro	3	de la suma asegurada	12
8. Prima	3	4. Pago de la prima	12
9. Siniestro	3	5. Moneda	13
10. Suma asegurada	3	6. Corrección del Contrato de Seguro	13
11. Unidad de Medida y Actualización (UMA)	3	7. Omisiones o inexactas declaraciones	13
IV. Descripción del seguro	4	8. Notificaciones	13
1. Cobertura por fallecimiento	4	9. Rehabilitación	14
a) Edades de aceptación	4	10. Carencia de restricciones	14
b) Edad de renovación	4	11. Suicidio	14
2. Cobertura por muerte accidental DI		12. Comprobación del siniestro	14
(Doble Indemnización)	4	13. Verificación de la edad	14
a) Edades de aceptación	4	14. Pago del seguro	14
b) Edad de renovación	4	15. Intereses moratorios	15
3. Cobertura por Muerte Accidental		16. Impuestos	15
en transporte público	4	17. Prescripción	15
a) Edades de aceptación	4	18. Competencia	15
b) Edad de renovación	4	19. Terminación del Contrato de Seguro	15
c) Exclusiones	4	20. Revelación de comisiones	15
V. Beneficios Incluidos	5	21. Prelación	16
1. Anticipo por fallecimiento	5	22. Comercialización por venta telefónica	16
2. Anticipo por enfermedades terminales	5	23. Entrega de la documentación contractual	17
3. Servicios de asistencia	8	24. Renovación	17
1. Disposiciones previas	8	VII. Artículos citados	18
2. Definiciones	8	VIII. Abreviaturas	27
a) Accidente	8	IX. Registro	27
b) Asegurado	8		
c) Enfermedad o padecimiento	8		
d) Póliza	8		
e) Representante	8		
f) Residencia permanente	8		
g) Servicios de asistencia	9		
h) Situación de asistencia	9		
3. Asistencia tu médico 24 horas	9		
a) Orientación médica telefónica las 24			
horas del día	9		
b) Consultas médicas a domicilio	9		



I. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía, a cambio del pago de la prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado de la Póliza, durante la vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este contrato, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. LEYES APLICABLES

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la república mexicana vigentes y aplicables.

III. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por:

1. Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Asegurado

Persona(s) designada(s) en el Contrato de Seguro sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

3. Beneficiario

Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Asegurado en términos del Contrato de Seguro.

4. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V., denominado en adelante la Compañía, es la institución que a cambio del pago de la prima correspondiente, se obliga a brindar al (los) Asegurado(s) incluido(s) en la carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este.

5. Contratante

Persona física que solicitó la celebración del Contrato de Seguro, y que se compromete a realizar el pago de la prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que en este se estipulan.

6. Enfermedad Preexistente

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

- a) Haya sido diagnosticada por un médico.
- b) Provoque un gasto.
- c) Sea conocida y no declarada por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurados como son la carátula de la Póliza, las condiciones generales y sus endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

8. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida del Asegurado al momento de la contratación.

9. Siniestro

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

10. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas. En la Suma Asegurada se consideran todos los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

11. Unidad de Medida y Actualización (UMA)

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



IV. DESCRIPCIÓN DEL SEGURO

1. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada con base en los términos estipulados por el Contratante y la Compañía, conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro.

a) Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

b) Edad de renovación

La edad máxima de renovación para el Asegurado será hasta los 70 (setenta) años.

2. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL DI (Doble Indemnización)

En caso de que el Asegurado sufra un accidente, y de no haberse cancelado por falta de pago de primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, o en los endosos correspondientes.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Asegurado haya ocurrido por accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de muerte accidental serán los específicamente designados por el Asegurado, en su defecto, la suma asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado.

a) Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

b) Edad de renovación

La edad máxima de renovación de esta cobertura para el Asegurado será hasta los 70 (setenta) años.

3. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

En caso de que algún Asegurado sufra un Accidente cuando viaje como pasajero en algún vehículo operado regularmente por una empresa de transporte público autorizado, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicios de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, y de no haberse cancelado por falta de pago de primas de conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Asegurado haya ocurrido por accidente en transporte público, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de muerte accidental en transporte público serán los específicamente designados por el Asegurado, en su defecto, la suma asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado.

a) Edades de aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

b) Edad de renovación

La edad máxima de renovación de esta cobertura para el Asegurado será hasta los 70 (setenta) años.

c) EXCLUSIONES

Las coberturas por accidente no cubren:
1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

- e) **Eventos y actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**
- 2. Por los siguientes eventos:**
- a) **Enfermedad física o mental.**
 - b) **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
 - c) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
 - d) **Lesiones que se provoquen el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
 - e) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - f) **Fallecimiento que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**
- 3. Lesiones que se provoquen el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**

- b) El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su identificación oficial por ambos lados, la carátula de la Póliza en donde conste su designación de Beneficiario en caso de que cuente con ella.

El Beneficiario, en caso de solicitar el anticipo por fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá el equivalente a 2,000 (dos mil) dólares de los Estados Unidos de América y sobre el total de la Suma Asegurada vigente a que tiene derecho el Beneficiario, y el remanente le será cubierto al Beneficiario una vez que este presente su reclamación formal a la Compañía.

En caso que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

2. ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES

La Compañía anticipará el pago del 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada contratada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en la cláusula de suicidio, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades terminales y cumplan con las características que a continuación se detallan: que se haya originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y como consecuencia se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser dictaminada por escrito con fecha y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Adicional al dictamen presentado, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer la base de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar por su médico tratante (especialista en la materia) la enfermedad terminal, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad; en caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la enfermedad terminal, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un perito médico por parte del Asegurado y la Compañía.

V. BENEFICIOS INCLUIDOS

Estos beneficios se otorgan sin costo adicional.

1. ANTICIPO POR FALLECIMIENTO

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo por el equivalente a 2,000 (dos mil) dólares de los Estados Unidos de América del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

- a) En caso de fallecimiento por suicidio que hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de:
 1. El inicio de vigencia de la Póliza.
 2. De su última rehabilitación.



El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

a) Infarto al miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, dentro de la cual, los 3 (tres) primeros días fueran en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad y
2. Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad coronaria obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias, incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia.

3. Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La enfermedad coronaria obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad y
2. Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

c) Accidente vascular cerebral

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro causando déficit neurológico, que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y que determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente y
2. Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

d) **Cáncer**

Para efectos de este beneficio, se entenderá como cáncer la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, teniendo la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin, ambas en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo e in situ; así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) **Insuficiencia renal**

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, con lo cual es necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre el estado de enfermedad terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos, laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

La cantidad que por este beneficio se pague, no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) UMA anuales.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada contratada de la cobertura por fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

El pago del anticipo por enfermedades terminales estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que el estado de enfermedad terminal sea diagnosticado estando la Póliza en vigor.
- b) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de enfermedad terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de enfermedad terminal por un médico especialista en la materia legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

Además de las enfermedades terminales antes descritas, cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal —es decir progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses— para ser cubierta por este beneficio, el diagnóstico deberá constar por escrito con fecha y firma del médico tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Este anticipo cubre al Asegurado por única ocasión al presentar alguna enfermedad terminal, sujeto a los términos y condiciones que se establecen en este apartado.



En cualquier caso, la Compañía se reserva el derecho si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con el siniestro.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades terminales originadas por:

- a) El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.
- b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
- c) Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años, sujeto a lo estipulado en la cláusula de rehabilitación.
- d) Diagnóstico de una condición de enfermedad terminal preexistente.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una enfermedad preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un perito médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

3. SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. DISPOSICIONES PREVIAS

La Compañía será responsable por los servicios de asistencia que serán proporcionados por un tercero, y aplican únicamente en la república mexicana.

El proveedor de servicios podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y precios preferenciales.

Para recibir estos servicios el Asegurado / Beneficiario se deberá comunicar al número telefónico que determine la Compañía y

proporcionar los siguientes datos:

- Nombre completo y número de Póliza
- Domicilio completo y datos generales

Estos servicios podrán utilizarse solo si la Póliza se encuentra en vigor.

La vigencia de estos servicios de asistencia iniciará en la fecha de inicio de la Póliza del seguro de vida contratada.

2. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplican para los servicios de asistencia descritos en esta sección.

a. Accidente

Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de este contrato y de la Póliza de seguro de vida.

b. Asegurado

Persona(s) designada(s) en el Contrato de Seguro sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

c. Enfermedad o padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, enfermedades o padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad o padecimiento.

d. Póliza

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

e. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los servicios de asistencia.

f. Residencia permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza del seguro de vida de AXA Seguros.

g. Servicios de asistencia

Los servicios asistenciales que se gestionan a los Asegurados en los términos de estas condiciones generales, para los casos de situación de asistencia.

h. Situación de asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los servicios de asistencia.

3. ASISTENCIA TU MÉDICO 24 HORAS

Estos servicios se hacen extensivos a los familiares directos del Asegurado, siendo beneficiarios de estos servicios su cónyuge, hijos menores de 25 (veinticinco años) o sus padres.

a. Orientación médica telefónica las 24 horas del día

Orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, sin costo y sin límite de eventos, sobre problemas médicos menores, para atender síntomas y molestias, dudas con relación a la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiere la presencia de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, es responsabilidad del Asegurado su aplicación y seguimiento. **En ningún caso se emitirá una prescripción médica.**

b. Consultas médicas a domicilio

Se otorgará, a criterio del Prestador en convenio y a solicitud del Asegurado o beneficiario de los servicios de asistencia, la presencia de un médico para la valoración del Asegurado o algún miembro de la familia, gestionándose el envío de un médico a su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo, dentro del territorio nacional. El Asegurado o el miembro de la familia pagará directamente al médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento de que finalice la consulta.

c. Traslado médico de emergencia

Si el Asegurado o algún miembro de la familia sufre un accidente o enfermedad que le provoquen lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado que elija el Asegurado o su familiar dentro del territorio nacional; si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado bajo supervisión médica en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

Este traslado se otorgará 2 (dos) veces por cada aniversario de la Póliza sin costo. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado o algún miembro de la familia deberá cubrir los gastos con precios preferenciales.

El costo de la atención médica y hospitalaria elegida por el Asegurado o miembro de su familia derivada de una emergencia deberá ser cubierto por el Asegurado o la familia.

d. Descuentos y precios preferenciales**• Referencia médica**

En caso de que el Asegurado o algún miembro de su familia sufra un accidente o enfermedad, la Compañía, a través de un Prestador en convenio, lo referirá con médicos generales o especialistas en convenio, la elección del médico será a cargo del Asegurado o miembro de la familia. Las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel (de especialidad) tienen precios preferenciales, de acuerdo a las plazas en donde se proporcione este servicio.

• Referencia de laboratorios clínicos

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de laboratorios en convenio con precios preferenciales.

• Referencia de gabinetes médicos de imagen

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de estudios de gabinete en convenio con precios preferenciales.

• Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

El Asegurado o miembro de la Familia podrá solicitar en su domicilio o en el lugar donde se encuentre la presencia de un(a) enfermero(a) en convenio para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes, con precios preferenciales, de acuerdo a las plazas en donde se proporcione este servicio.

• Referencia de ópticas

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de ópticas en convenio, con precios preferenciales.

• Referencia de farmacias

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en farmacias en convenio.

EXCLUSIONES

La Compañía no será responsable de los servicios de asistencia en los siguientes casos:

a) Cuando sean derivados de la



participación directa del Beneficiario en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

- b) Las solicitudes de servicio ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza correspondiente.
- c) Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el Proveedor en convenio.
- d) Los servicios de asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
- e) Las situaciones de asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.
- f) Las situaciones de asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún médico.

4. ASISTENCIA FUNERARIA

Los Beneficiarios designados o familiares del integrante o Asegurado podrán solicitar los servicios funerarios a través del Proveedor en convenio de acuerdo al plan de seguro contratado.

Si al momento de hacer uso del servicio funerario, los deudos deciden realizar modificaciones al paquete de Servicios Funerarios ofrecido por el Proveedor en convenio que en el presente documento se señalan y esta modificación excede la cantidad descrita en el primer párrafo de este inciso, quedará a cargo de los Beneficiarios o familiares o del solicitante del servicio el pago de cualquier excedente que corresponda.

El servicio funerario estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, por conducto del Proveedor en convenio, y comprende exclusivamente la gestoría del funeral del integrante o Asegurado, la cual consiste en lo siguiente:

- a) **Trámite de los permisos correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales de la administración pública que corresponda y oficina de panteones**

El Proveedor en convenio asesorará y apoyará a los familiares del Asegurado en todos los trámites relacionados con el servicio funerario, tales como:

- a.1.1) **Permisos correspondientes**

Los trámites ante la Secretaría de Salud los realiza la agencia funeraria asignada. En cuanto a las oficinas de panteones civiles y municipales, es necesario que el familiar solicite la fosa.

- a.1.2) **Obtención del certificado de defunción**

Dependiendo del lugar y tipo de muerte este certificado será expedido por una dependencia de salud (IMSS, ISSSTE) o el médico particular tratante del fallecido o por las autoridades forenses. El Proveedor en convenio asesorará a los familiares en el proceso a seguir para la obtención de este documento en particular para los casos de muerte natural el proveedor podrá enviar un médico para que certifique el fallecimiento con costo para el propio familiar. En los casos de muerte el Proveedor en convenio solo brindará asesoría, dado que es necesaria la presencia de un familiar directo para el reconocimiento del cuerpo y las declaraciones pertinentes.

- a.1.3) **Obtención del acta de defunción ante el Registro Civil**

El Proveedor en convenio entregará a los familiares del asegurado el acta previa de defunción y gestionará la boleta de inhumación o cremación.

- a.1.4) **Dispensa de la necropsia**

El proveedor en convenio asesorará a los familiares del asegurado para tramitar la dispensa de la necropsia, siempre que las condiciones del fallecimiento y las disposiciones legales aplicables al lugar del fallecimiento lo permitan.

- a.1.6) **Notificación a acreedores para liberación de deudas**

Únicamente informa a los familiares los requisitos mínimos que se requieren para la cancelación de cuentas bancarias y cobros de sumas aseguradas.

En caso de muerte violenta se brindará asesoría para realizar ante las autoridades correspondientes los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del integrante o Asegurado.

- b) **A elegir uno de los dos servicios descritos a continuación:**

- b.1) **Para inhumación:**

- Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias, la administración pública que corresponda y oficina de panteones

- Recolección del cuerpo
- Servicio de embalsamado
- Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación
- Ataúd metálico
- Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará, a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria
- Traslado en carroza para inhumación
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología
- Autobús de acompañamiento

b.2) Para cremación:

- Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones
- Recolección del cuerpo
- Ataúd para velación
- Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación
- Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará, a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria
- Servicio de cremación
- Una urna para cenizas
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Autobús de acompañamiento
- Servicio de tanatología

El servicio de asistencia funeraria no implica la aceptación y procedencia del pago de la cobertura por fallecimiento, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento del integrante o Asegurado.

5. SERVICIOS DE ASISTENCIA ÚLTIMOS TRÁMITES

a) Disposiciones previas

Estos servicios se proporcionarán a los familiares directos en primer grado (padres o en su defecto cónyuge y/o hijos) del Asegurado fallecido y aplican únicamente en la república mexicana.

b) Descripción de los servicios

En caso de fallecimiento del asegurado la compañía, por conducto del Prestador en convenio proporcionará asesoría y asistencia presencial a los familiares directos para la recuperación o cancelación de derechos y obligaciones relacionados con el fallecimiento del asegurado consistentes en:

1. Asesoramiento o gestoría ante toda clase de autoridades administrativas, aseguradoras, instituciones hipotecarias, afores y cualquier otra institución pública o privada que proceda, a fin de apoyar a los familiares directos del Asegurado fallecido en la obtención de la documentación que se requiera para el trámite del pago de pensiones y seguros que procedan relacionados con el fallecimiento. En el caso de cualquier otro concepto de indemnización a que tenga derecho, que no sea de los referidos con antelación, solamente se le dará la asesoría jurídica telefónica que proceda.

Todos los pagos de derechos, es decir, las tarifas establecidas por las autoridades federales o locales para la expedición de documentos y prestación de servicios por la autoridad que corresponda, estarán a cargo de los familiares directos de los asegurados.

Esta asistencia se limita a asesorar y/o tramitar a nombre de los familiares directos la documentación que requieran para reclamar los pagos a que se refiere el párrafo anterior.

El Prestador en convenio asesorará y tramitará los beneficios a que se refiere este apartado, siempre y cuando los familiares directos del asegurado proporcionen la documentación, testimonios y cualquier otra información necesaria para realizar los procedimientos de pago o recuperación, según el caso.

2. Asesoramiento y asistencia técnica a los familiares directos del Asegurado, para la cancelación de cuentas electrónicas, tales como correos, redes sociales y cuentas en mercados de pago.

El Prestador en convenio asesorará y realizará las cancelaciones a que se refiere este apartado, siempre y cuando los familiares directos del asegurado proporcionen la documentación, nombres de cuentas y claves de acceso que sean necesarios para culminar los procedimientos de cancelación.

3. Asesoramiento técnico-legal en caso de donación altruista post mortem de órganos humanos.



Cuando el Asegurado fallecido haya establecido mediante disposición testamentaria o mediante un acto que legalmente proceda, donaciones de órganos humanos, los familiares directos tendrán derecho a recibir de parte del Prestador en convenio, sin costo alguno, la orientación telefónica profesional necesaria para la ejecución de tales donaciones.

Los beneficios y servicios a que se refieren los numerales 1 y 2 se prestarán de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas, los que se refieren en el numeral 3 serán proporcionados las 24 horas de los 365 días del año.

c) EXCLUSIONES

- 1. La asesoría y trámite de procesos administrativos y/o judiciales en cualquier materia que implique un juicio y/o litigio ante autoridad judicial o administrativa competente en cualquier instancia y fuero.**
- 2. El pago de derechos, aranceles u honorarios establecidos por profesionistas o autoridades a quienes se acuda.**

comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, el cual será el único medio de prueba admisible, en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

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

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza, vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la prima.

2. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando vía telefónica la nueva designación a la Compañía, lo que constará por escrito mediante endoso que al efecto emita la Compañía.

Encaso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la cobertura por fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable

3. Incremento automático de la Suma Asegurada

La Suma Asegurada se incrementará de manera automática en cada aniversario de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor anual (INPC). Este incremento anual se determinará con base en el INPC anual publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los primeros 10 (diez) días del mes de enero del año de vigencia de la Póliza. La prima del beneficio actualizado corresponderá a la tarifa vigente en la fecha de renovación.

Las coberturas y beneficios incluidos que contengan la Póliza se incrementarán en la misma proporción.

4. Pago de la Prima

El Asegurado pagará la prima en forma mensual a través de su tarjeta de crédito.

Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término establecido en la carátula de la póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con lo establecido en los artículos 37 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5. Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro, incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza; la moneda será dólares de los Estados Unidos de América.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

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

La Suma Asegurada se denominará en dólares de los Estados Unidos de América, no obstante lo anterior los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional, calculado a la fecha en que se efectúe el pago y tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es discontinuada, aplazada o, si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes. Las obligaciones de pago de prima también se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos.

6. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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 (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

7. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y/o los Asegurados, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, al llenar el formato de consentimiento y solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a la Compañía —mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada—, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando estos no hayan influido en la realización del siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

8. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.



Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las primas, el Contratante podrá rehabilitarla dentro de los siguientes 90 días posteriores a su cancelación, sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante
- b) Cubrir el importe de las primas no pagadas
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la institución comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula de suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

10. Carencia de restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna, salvo cuando se trate de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, en cuyo caso la Compañía podrá exigir requisitos médicos u otros que considere necesarios para asegurarlas.

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la parte no devengada de la última prima pagada en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza.

12. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al

Contratante, Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas adicionales contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de edad

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

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

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

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía rescindirá la Póliza del integrante de que se trate y únicamente se devolverá la parte no devengada de la última prima pagada.

14. Pago del seguro

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del siniestro. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio, lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

15. Intereses moratorios

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

16. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus contratantes asegurados o beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- a. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Lo anterior en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia institución de seguros 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, 65 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.

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

Unidad Especializada de Atención a Quejas: ubicada en la dirección indicada al pie de página. Tel. 01 800 737 76 63 (opción 1) y desde la Cd. de México: 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas o escríbanos a axasoluciones@axa.com.mx

Condusef: Av. Insurgentes Sur 762 Col. Del Valle Cd. de México, C.P 03100, Tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080, <http://www.gob.mx/condusef>, asesoria@condusef.gob.mx

19. Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Fecha de término del periodo de vigencia.
- b) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- c) A falta de pago de la prima, de conformidad con lo establecido en la cláusula 4. Pago de la prima de estas Condiciones Generales. Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o inexactas declaraciones.
- d) A petición del Contratante o Asegurado, quien puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por el medio por el cuál contrató el seguro, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima neta no devengada a la fecha de cancelación, en un plazo que no excederá de 5 días hábiles y a través del mismo medio por el cual se realizaban los cargos correspondientes al pago de la prima.

20. Revelación de comisiones

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



21. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la Póliza, estas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

22. Comercialización por venta telefónica

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro vía telefónica o la prestación de servicios de personas morales distintas de agente de seguros que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente.

1. El Contratante obtendrá del interlocutor la información general del seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
2. El Contratante obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en obtener la Póliza ofertada y proporcionar la información necesaria para la celebración del Contrato de Seguro.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la prima y su dirección de correo electrónico.

Para identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autenticación antes mencionados es responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

3. La Compañía hará saber al Contratante de manera fehaciente y a través del mismo medio su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.

4. La Compañía realizará una pregunta precisa sobre la intención del Contratante de renovar en forma automática la Póliza.

5. La Compañía proporcionará la dirección de la página de internet donde el Contratante podrá consultar y obtener un ejemplar digital de las presentes condiciones generales, así como los datos de contacto para la atención de siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada de la Compañía para la atención de quejas y reclamaciones (UNE).

6. En caso de que el Contratante desee solicitar la terminación anticipada de su Póliza, podrá hacerlo al teléfono indicado en la carátula de la Póliza en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio de cancelación. También podrá realizarlo mediante escrito libre presentado directamente en la UNE. Una vez recibida la solicitud de cancelación, la Compañía procederá a terminar anticipadamente el Contrato de Seguro.

Al realizar la contratación de este seguro vía telefónica, el Contratante acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante o Asegurado.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia del seguro, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante, a través de la llamada telefónica o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de servicios, para la celebración del Contrato de Seguro. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la prima del seguro.

En caso de que la persona que efectúe la solicitud no sea el Asegurado, el Asegurado

acepta como suyas todas las declaraciones y manifestaciones efectuadas a la Compañía por quien realizó la solicitud.

23. Entrega de la documentación contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través de correo electrónico en la dirección proporcionada por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su póliza, podrá descargar las condiciones generales en internet en el portal axa.mx, o bien deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

- * Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación
- * Acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía

24. Renovación

Este Contrato de Seguro podrá renovarse por periodos de un año; salvo que el Asegurado notifique a la Compañía instrucción en contrario, la renovación se realizará en los siguientes términos:

- a) **Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- b) **No implicará modificación de los periodos de espera.**
- c) **No considerará los límites de edades de aceptación.**

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía.

Las primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.



VII. ARTÍCULOS CITADOS

Ley sobre el Contrato de Seguro:	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	artículo 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	artículo 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.	artículo 10
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.	artículo 25
En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.	artículo 37
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.	artículo 40
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.	artículo 47
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	artículo 52

<p>Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.</p>	<p>artículo 66</p>
<p>La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.</p>	<p>artículo 69</p>
<p>Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.</p>	<p>artículo 70</p>
<p>El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.</p>	<p>artículo 71</p>
<p>Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.</p>	<p>artículo 76</p>
<p>Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>	<p>artículo 81</p>
<p>El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.</p>	<p>artículo 82</p>



<p>Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.</p>	artículo 84
<p>Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.</p>	artículo 169
<p>Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.</p>	artículo 171
<p>Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora 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;II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, yIV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	artículo 172
<p>El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.</p>	artículo 176

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

artículo 50 Bis

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

artículo 65

La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

artículo 66



La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

artículo 68

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

artículo 68



<p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p> <p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	<p>artículo 68</p>
--	--------------------

Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas

<p>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:</p> <p>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.</p>	<p>artículo 276</p>
--	---------------------

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;

artículo 276



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.

artículo 276

VIII. ABREVIATURAS

- I. INPC – Índice Nacional de Precios al Consumidor
- II. CNSF – Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- III. LSCS – Ley sobre el Contrato de Seguro
- IV. LISF – Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
- V. DOF – Diario Oficial de la Federación
- VI. PCE – Programa Cliente Especial
- VII. CG – Condiciones Generales
- VIII. Condusef - Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
- IX. SA – Suma Asegurada
- X. UNE – Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía

IX. REGISTRO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de septiembre de 2016, con el número **CNSF-S0048-0999-2016/CONDUSEF-000249-01**.





www.americanexpress.com.mx/seguros

INSURANCE SERVICES

