

## ÍNDICE

<b>1. Beneficios cubiertos .....</b>	<b>Pág. 1</b>
1.1. Protección por fallecimiento	
<b>2. Definiciones</b>	
2.1. Contratante	
2.2. Asegurado	
2.3. Beneficiario	
2.4. Vigencia	
<b>3. Condiciones generales primas</b>	
3.1. Primas	
3.2. Vencimiento	
3.3. Pagos	
3.4. Periodo de gracia	
<b>4. Cláusulas generales .....</b>	<b>Pág. 2</b>
4.1. Contrato de seguro	
4.2. Contenido de la póliza	
4.3. Prescripción	
4.4. Plazo del seguro	
4.5. Modificaciones y notificaciones	
4.6. Competencia	
4.7. Moneda	
4.8. Suicidio	
4.9. Edad	
4.10. Límites de edad	
<b>5. Procedimientos</b>	
5.1. Beneficiarios	
5.2. Indemnización por mora	
5.3. Cancelación	
5.4. Renovación	
5.5. Entrega de la póliza	
5.6. Rehabilitación	
5.7. Contratación del seguro por medios electrónicos	
5.8. Comprobación del siniestro	
5.9. Comisión o compensación directa	
<b>6. Procedimiento de indemnización.....</b>	<b>Pág. 6</b>
6.1. Pago del seguro	
6.2. Ajuste por edad	
<b>7. Exclusiones de la cobertura básica</b>	
<b>8. Cobertura adicional Anticipo de Suma Asegurada .....</b>	<b>Pág. 7</b>
<b>en caso de Enfermedad Terminal</b>	
8.1. Cláusulas adicionales	
8.1.1. Cobertura	
8.1.2. Vigencia	

- 8.2. Definiciones
  - 8.2.1. Enfermedad terminal
  - 8.2.2. Periodo de espera
- 8.3. Procedimiento de indemnización
  - 8.3.1. Aviso de siniestro
  - 8.3.2. Pruebas
  - 8.3.3. Pago
- 8.4. Exclusiones

**9. Cobertura adicional Anticipo de Suma Asegurada ..... Pág. 8  
para Gastos Funerarios**

- 9.1. Cláusulas adicionales
  - 9.1.1. Cobertura
  - 9.1.2. Exclusiones

**10. Servicio de asistencia denominado Asistencia Médica Nacional**

- 10.1. Asistencia Médica Nacional
- 10.2. Renovación automática del servicio de asistencia
- 10.3. Cancelación voluntaria del servicio de asistencia
- 10.4. Terminación del servicio de asistencia

**11. Cláusulas de carácter general ..... Pág. 9**

- 11.1. Cláusula OFAC (Office Foreign Assets Control)
- 11.2. Cláusula de Periodo de Gracia
- 11.3. Cláusula de Entrega de Información
- 11.4. Cláusula de Referencia DF a CDMX
- 11.5. Sumas Aseguradas Vida Individual
- 11.6. Cláusula General de Renovación
- 11.7. Cláusula de Medios de Contratación
- 11.8. Medios de Cancelación
- 11.9. Cláusula de Delimitación de Responsabilidad
- 11.10. Servicios de Asistencia
- 11.11. Cláusula General de Incentivos para la Venta y Retención
- 11.12. Cláusula Complementaria de Agravación del Riesgo

Contrato de Seguro que celebran **Seguros Banamex, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex** a quién en lo sucesivo se le denominará “la Compañía”, y la persona que se detalla en la carátula de la póliza bajo la denominación de “Asegurado”, quiénes se sujetarán a las siguientes cláusulas:

## 1. BENEFICIOS CUBIERTOS

**1.1. Protección por Fallecimiento.** La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado en el documento establecido para el efecto, la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, de la manera y en los términos y condiciones estipuladas en el presente contrato, siempre y cuando éste se encuentre en vigor y la Compañía reciba las pruebas del fallecimiento del Asegurado.

## 2. DEFINICIONES

**2.1. Contratante.** Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que ha solicitado la celebración para terceras personas. El Contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el artículo 170 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

**2.2. Asegurado.** Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza y se encuentra amparado bajo el presente contrato.

**2.3. Beneficiario.** Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de beneficiario, se le ha designado.

**2.4. Vigencia.** Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir del momento de la aceptación por parte de la Compañía y termina el día de su vencimiento establecido en la carátula de la póliza.

## 3. CONDICIONES GENERALES PRIMAS

**3.1. Primas.** El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza. **Cada año se cobrará adicionalmente a la prima de seguro el recargo vigente al momento de contratación y/o renovación registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

El importe podrá pagarse a la Compañía desde el primer día de su vencimiento, mediante un pago anual, semestral, trimestral o de forma mensual. **Al respecto, la Compañía cobrará una tasa de financiamiento por pago fraccionado, que se encuentre vigente al momento de la emisión o renovación, la cual podrá variar en cada vencimiento anual de la póliza.**

**3.2. Vencimiento.** La prima vence al momento de la celebración del contrato. En caso de que el Asegurado haya optado por una forma de pago diferente a la anual, la prima fraccionada se entenderá vencida al comienzo de cada periodo de pago elegido.

**3.3. Pagos.** El pago se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya elegido. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria; falta de saldo o crédito disponible; falta de aviso a la Compañía de cualquier cambio que sufra el número de su tarjeta o cualquier situación similar.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía tendrá derecho a modificar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la edad alcanzada del Asegurado y con base en las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

**3.4. Período de gracia.** El Asegurado gozará de un periodo de espera de 30 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

**En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de ésta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la Suma Asegurada debida al beneficiario.**

Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho periodo en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

#### **4. CLÁUSULAS GENERALES**

**4.1. Contrato de seguro.** Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante la obligación del pago de una prima, pagará una suma en dinero al verificarse la eventualidad prevista y pactada por la Compañía y el Asegurado y/o Contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos aquellos documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurado, como son la póliza, los endosos, y cualquier otro documento adicional entregado por la Compañía o a la Compañía.

**4.2. Contenido de la póliza. (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).** “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”.

**4.3. Prescripción.** Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo en 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 aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

**4.4. Plazo del Seguro.** El plazo del presente contrato será por periodos de un año siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de “Cancelación”.

**4.5. Modificaciones y Notificaciones.** Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

**4.6. Competencia.** En caso de controversia, las partes, podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En caso de que el reclamante opte por demandar, a su elección podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción a la que corresponda el domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**4.7. Moneda.** Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de pólizas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el Asegurado tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquél por cualquier concepto con motivo de este contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

**4.8. Suicidio.** En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental y físico del Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha de la última rehabilitación de la póliza.

**4.9. Edad.** La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión de la póliza.

Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas.

**4.10. Límites de edad.** Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 18 (dieciocho) años como mínimo y 70 (setenta) años como máximo.

#### **5. PROCEDIMIENTOS**

**5.1. Beneficiarios.** El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar 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 seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 deben 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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.

**5.2. Indemnización por mora.** En caso que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le ha 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 del Seguro, la Compañía se obliga pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora, en términos de lo previsto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

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

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

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

### **5.3. Cancelación.**

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la Compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Asegurado, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

#### **2. Automática.**

- Al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

3. Si el Asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que la totalidad de las Sumas Aseguradas inicialmente contratadas rebasen la cantidad de 1 millón de pesos o su equivalente en dólares, al tipo de cambio que publique el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en dólares pagaderos en la República Mexicana del día en que se contraten las pólizas, la Compañía dará por terminados uno o mas de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente que excedan dicho límite, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas Sumas Aseguradas en conjunto no rebasen la cantidad de 1 millón de pesos o su equivalente en dólares,

calculados en la forma indicada anteriormente. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

La devolución de las cantidades que haya pagado el Asegurado por concepto de primas por los seguros que se cancelen por efectos del párrafo anterior, los devolverá la Compañía al Asegurado dentro de los 30 días posteriores a los que se produzca dicha cancelación.

**5.4. Renovación.** Las coberturas contratadas que aparecen indicadas en la carátula de la póliza o en algún endoso, serán renovables al término de cada anualidad, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir el Asegurado la nueva prima que se determine para cada renovación. Estas coberturas estarán vigentes mediante la obligación del pago de las primas y hasta el límite de edad establecido anteriormente, salvo lo estipulado en el apartado de "Cancelación".

**5.5. Entrega de la Póliza.** La Compañía está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro.
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto.
- 3.- A través de Fax, correo electrónico.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 55 1226 8100 en el D.F., o al 1 800 226 2639 para el resto de la República, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlos.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 55 1226 8100 en el D.F., o al 1 800 226 2639 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

**5.6. Rehabilitación.** En caso de que la póliza hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de las primas, el Asegurado podrá rehabilitarla durante los siguientes 180 días a la última fecha de pago de primas, respetando la vigencia originalmente pactada mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar a la Compañía una solicitud de rehabilitación por escrito firmada por él mismo.
- b) Comprobar a satisfacción de la Compañía que reúne los requisitos de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud.
- c) Cubrir el importe de la prima por el periodo de seguro rehabilitado, conforme a las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigentes a la fecha de rehabilitación.

**5.7. Contratación del Seguro por medios electrónicos.** La Compañía recabará la aceptación del posible Asegurado, al momento de la contratación de la Póliza. Sin perjuicio de lo anterior, y a elección del posible Asegurado, la Compañía podrá poner a su disposición, medios electrónicos, única y exclusivamente para la aceptación y contratación de este seguro. Entre los medios electrónicos que las partes reconocen se encuentra la vía telefónica, Internet y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin (en adelante: los "Medios Electrónicos").

Cuando la Compañía se encuentre en posibilidad de poner a disposición de los posibles Asegurados dichos Medios Electrónicos, lo hará de su conocimiento, al momento de la contratación. Los medios y las Claves de Identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por la Compañía como por el posible Asegurado durante la contratación del seguro. Por Claves de Identificación se entiende aquellos datos personales del posible Asegurado que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto.

En caso de que el posible Asegurado decidiera realizar la contratación de este seguro a través de Medios Electrónicos, dichos Medios Electrónicos al finalizar la operación, generarán un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de Medios Electrónicos. Siendo dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante material de la operación realizada, con todos los efectos que las leyes atribuyen a los mismos.

El uso de dichos Medios Electrónicos y Claves de Identificación es de exclusiva responsabilidad del posible Asegurado, quien reconoce y acepta desde ahora como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mencionados Medios Electrónicos y las Claves de Identificación, y para todos los efectos legales a que haya lugar, expresamente también reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de las Claves de Identificación que en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

La utilización de los Medios Electrónicos, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el posible Asegurado llegare a hacer uso de los Medios Electrónicos, en este acto reconoce y acepta que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos Medios Electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

El posible Asegurado reconoce y acepta que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para él, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal.

Queda entendido por las partes que el uso de Medios Electrónicos única y exclusivamente será aplicable para la aceptación del Asegurado y/o Contratante para contratar esta Póliza, según se establece en esta Cláusula.

**5.8. Comprobación del Siniestro.** El Asegurado presentará a la Compañía, además de las formas de aviso de siniestro que ésta le proporcione, toda documentación necesaria relacionada con la comprobación del siniestro. La Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

**5.9. Comisión o Compensación Directa.** Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La 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.

## **6. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN**

**6.1. Pago del seguro.** El importe del seguro se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el art. 44 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la Suma Asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

Las Sumas Aseguradas por muerte se pagarán a los Beneficiarios designados.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de la Suma Asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

**6.2. Ajuste por edad.** Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:

a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que exista entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la manifestada por el Asegurado, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso, el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

## **7. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA BÁSICA**

**Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza, si éstos se producen directamente por alguna de las siguientes enfermedades que la persona asegurada haya sufrido y por los cuales se haya realizado previamente un diagnóstico o realizado algún gasto para el tratamiento de los mismos:**

- **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o fuere seropositivo al Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH)**
- **Insuficiencia renal crónica**
- **Hipertensión arterial**
- **Cualquier tipo de diabetes**
- **Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia, hemofilia**
- **Cirrosis hepática**

**Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza si se producen por participar directamente en las siguientes actividades u ocupaciones:**

- **Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego**
- **La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el Asegurado, o riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador**

**En caso de renovación de la póliza, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia de la póliza por primera vez con la Compañía o la fecha de la última rehabilitación.**

**Si los riesgos amparados se originan por una causa diferente a las exclusiones enumeradas con anterioridad, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente.**

## **8. COBERTURA ADICIONAL ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL.**

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Anticipo de Suma Asegurada en caso de enfermedad terminal, según conste en la carátula de la póliza.

### **8.1. CLÁUSULAS ADICIONALES.**

**8.1.1. Cobertura.** La Compañía por virtud de este beneficio se obliga a pagar al Asegurado el 50% de la Suma Asegurada básica pactada, la cual se descontará de la liquidación a que tengan derecho los Beneficiarios designados al ejercer su derecho, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la póliza, siempre que se cumplan las siguientes condiciones.

- Que el Asegurado se encuentre en estado de enfermedad terminal, tal como se define en este beneficio y acredite esta circunstancia
- Que el Asegurado no hubiera nombrado Beneficiario(s) con carácter de irrevocable, que rebase(n) el 50% de la Suma Asegurada, en cuyo caso sólo se podrá otorgar el porcentaje de Suma Asegurada no designado con carácter de irrevocable
- Que la póliza se encuentre vigente en el plan contratado
- Que el propio Asegurado o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido

**8.1.2. Vigencia.** Este beneficio conserva la vigencia de la póliza de la cual forma parte.

La vigencia de este beneficio termina:

- a). Por el pago al Beneficiario en ella consignado
- b). Por solicitud de cancelación que el Asegurado haga por escrito, ante la Compañía
- c). La muerte del Asegurado

### **8.2. DEFINICIONES**

**8.2.1. Enfermedad Terminal.** Para los efectos de este beneficio, se entiende por Enfermedad Terminal aquel padecimiento o enfermedad que ocasionará necesaria o muy probablemente la muerte del Asegurado dentro de un lapso no mayor a seis meses contados a partir de la fecha en que haya sido diagnosticada dicha enfermedad.

**8.2.2. Periodo de espera.** No se hará ningún pago sobre este beneficio si la Enfermedad Terminal se presenta durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura.

### **8.3. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN**

**8.3.1. Aviso de siniestro.** El Asegurado o quien actúe por su cuenta, deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la Compañía de la ocurrencia de una Enfermedad Terminal o en todo caso durante un periodo no mayor de 5 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

**8.3.2. Pruebas.** Es condición para el pago de cualquier reclamación, que el Asegurado o quien sus derechos represente, aporten pruebas a la Compañía que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian:

a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá demostrarse mediante un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico. Para los efectos de este apartado el médico tratante deberá contar con cédula profesional o documento que acredite el legal ejercicio de su profesión.

b) Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de examinar a su costa al Asegurado con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis, para lo cual el Asegurado autoriza a la Aseguradora el acceso a su expediente clínico o a cualquier otro documento relacionado con su estado físico o de salud.

**8.3.3. Pago.** El pago que en su caso efectúe la Compañía al amparo de este beneficio al Asegurado, producirá los siguientes efectos:

- La Suma Asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio
- En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el Contratante o el Asegurado o los Beneficiarios en caso de fallecimiento, salvo el(los) que corresponda(n) al (a los) Beneficiario(s) irrevocable(s)

**8.4. Exclusiones. Aplican las exclusiones de la cobertura básica, en virtud que este beneficio es un anticipo de la misma.**

## **9. COBERTURA ADICIONAL ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS**

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional de Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios:

### **9.1. CLÁUSULAS ADICIONALES.**

**9.1.1. Cobertura.** Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía en virtud de este beneficio se obliga a pagar un anticipo de la Suma Asegurada para Gastos Funerarios, de la forma siguiente:

a) Pagará un anticipo a la liquidación de la póliza con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción. Será condición para efectuar el pago de este anticipo, de la cobertura básica, el que la póliza se encuentre en vigor y que hayan transcurrido dos años de vigencia de la póliza a partir de su fecha de expedición o su última rehabilitación.

El anticipo será del 10% de la obligación total de la Compañía, sin que este pago exceda la cantidad equivalente a dos años de salario mínimo vigente en el Distrito Federal. El pago se efectuará al primer Beneficiario que lo solicite.

El pago efectuado se descontará de la liquidación a que tengan derecho los Beneficiarios designados.

b) La Compañía pagará directamente a un proveedor elegida por ésta, un paquete de servicio funerario, cuyo costo no será mayor al 10% de la obligación total de la Compañía, sin que este pago exceda la cantidad equivalente a dos años de salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

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

Los pagos descritos en este beneficio son excluyentes, es decir, solamente podrá pagarse por una sola vez cualquiera de ellos, sin que los Beneficiarios tengan derecho a ambos o a un pago por cada uno de los Beneficiarios.

**9.1.2. Exclusiones. Aplican las exclusiones de la cobertura básica, en virtud que este beneficio es un anticipo de la misma.**

## **10. SERVICIO DE ASISTENCIA DENOMINADO ASISTENCIA MÉDICA NACIONAL**

Cláusulas adicionales para el Servicio de Asistencia denominado Asistencia Médica Nacional

**10.1. Asistencia Médica Nacional.** La Compañía conviene en proporcionar al Asegurado, su Cónyuge o Concubina e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio los siguientes beneficios:

### **• Asistencia médica telefónica gratuita las 24 horas durante la vigencia de la póliza:**

Cobertura nacional a través del número local 55 1226 8100 para el Distrito Federal y del teléfono 1 800 226 2639 para el interior del país.

Atención con médicos certificados y capacitados

Sin límite de uso / sin preexistencias / sin límite de edad

- **Servicio de médico a domicilio en caso de urgencia las 24 horas** (durante la vigencia de la póliza) Servicio con precio preferencial de \$350 (Trescientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) por consulta más IVA. Este precio se incrementará de acuerdo a los valores inflacionarios que sean emitidos anualmente por el Banco de México. Este servicio estará sujeto a disponibilidad y cobertura médica (440 Ciudades del País).

- **Coordinación de emergencias médicas.** Asesoría para primeros auxilios y envío de ambulancia terrestre en caso de emergencia médica, el traslado de la ambulancia será a la clínica u hospital más cercano del lugar de los hechos, envío de ambulancia una vez por año durante la vigencia de la póliza correspondiente. La póliza tendrá una vigencia anual.

Se entenderá por emergencia médica toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado, o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

- **Coordinación de emergencias médicas.** Asesoría para primeros auxilios y envío de ambulancia en caso de emergencia médica (envío de ambulancia una vez por año), durante la vigencia de la póliza correspondiente. La póliza tendrá una vigencia anual.

- **Transmisión de mensajes urgentes en caso de emergencias médicas,** que el cliente tenga, hacia sus familiares directos o persona de contacto. Este servicio es gratuito.

- **Coordinación de segunda opinión médica.** La Coordinación es gratuita, los honorarios del médico estarán a cargo del Asegurado (a precios preferenciales).

- **Referencia de médicos especialistas a precio preferencial.** Consultas desde \$250 (Doscientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) con médicos especialistas y de alto prestigio de todo el país. Para hacer uso de este servicio, deberá comunicarse al teléfono 55 1226 8100 para el Distrito Federal y del teléfono 1 800 226 2639 para el interior del país. Este precio se incrementará de acuerdo a los valores inflacionarios que sean emitidos anualmente por el Banco de México.

- **Red de descuentos a nivel nacional.** Descuentos de un 5% a un 50% con Laboratorios, Ópticas, Servicios de Enfermeras, Ambulancias terrestre, Ortopedia, farmacias y hospitales. Para hacer uso de este servicio, deberá comunicarse al teléfono 55 1226 8100 para el Distrito Federal y del teléfono 1 800 226 2639 para el interior del país.

**10.2. Renovación Automática del Servicio de Asistencia.** La Compañía aplicará en la renovación de este seguro, el Servicio de Asistencia "Asistencia Médica Nacional" (sólo en caso de estar contratado inicialmente en la vigencia que vence).

**10.3. Cancelación Voluntaria del Servicio de Asistencia.** El Contratante y/o la Compañía, podrán dar por terminado este Servicio de Asistencia, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito, con 90 días naturales de anticipación.

**10.4. Terminación del Servicio de Asistencia.** El presente seguro termina:

- a) En caso de Terminación del Seguro de la Cobertura Base
- b) Por solicitud de cancelación que el Contratante haga por escrito, ante la Compañía
- c) Por solicitud de cancelación que la Compañía haga por escrito, ante el Contratante
- d) Por solicitud del Asegurado

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 14 de diciembre de 2011, con el número CNSF-S0050-0565-2011/CONDUSEF-000748-07.

## 11. CLÁUSULAS DE CARÁCTER GENERAL

### 11.1. Cláusula OFAC (Office Foreign Assets Control).

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar. En caso que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se esta rehabilitando. Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

## **Exclusión**

**Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:**

**Si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.**

Las demás cláusulas del producto no sufren modificación alguna por lo que continúan con la misma fuerza y obligatoriedad legal.

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 05 de octubre de 2010, con el número CGEN-S0050-0169-2010/G-00405-001.

### **11.2. Cláusula de Periodo de Gracia.**

El Contratante gozará de un período de gracia de 60 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro del periodo de gracia mencionado, a la fecha de su vencimiento los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de ocurrir un siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe que se adeude de la prima anual, al importe de la suma asegurada que en caso se pague al beneficiario.

Cualquier disposición de las condiciones generales de la póliza que se contraponga al término establecido en la presente cláusula, queda sin efectos y prevalece lo establecido en la presente cláusula.

Los demás términos y condiciones generales de la póliza quedan vigentes y no sufren cambio alguno, por lo que subsisten con la misma fuerza y obligatoriedad legal que los mismos contienen.

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 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0050-0190-2016/G-00430-001.

### **11.3. Cláusula de Entrega de Información.**

La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro.
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto.
- 3.- A través de Fax, correo electrónico.

La compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el asegurado o contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 55 1226 8100 o al 1 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 55 1226 8100 o al 1 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza, no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

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 20 de junio de 2016 con el número CGEN-S0050-0094-2016/G-00419-001.

#### **11.4. Cláusula de Referencia DF a CDMX.**

En los productos concernientes donde en la Documentación Contractual se haga referencia al Distrito Federal (DF) se deberá entender como hecha a la Ciudad de México (CDMX).

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0050-0193-2016/G-00434-003.

#### **11.5. Sumas Aseguradas Vida Individual.**

En caso de que el Asegurado solicite pólizas adicionales del presente producto u otros productos del mismo ramo o incremento en Suma Asegurada por arriba de las establecidas, la Compañía se reserva el derecho de aceptar o no las pólizas adicionales o el aumento en Suma Asegurada sujeto a lo establecido en las políticas de suscripción vigentes de la Compañía. En caso de aumento en Suma Asegurada, éste se verá reflejado en el monto de la prima cobrada al asegurado o contratante, teniendo derecho a que se le emita una nueva carátula de póliza donde se establezca el aumento mencionado.

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 febrero de 2017, con el número CGEN-S0050-0041-2017/G-00425-001.

#### **11.6. Cláusula General de Renovación.**

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas indicadas en la carátula de la póliza, al vencimiento de la misma la Compañía renovará automáticamente por otro periodo de igual duración, bajo los mismos términos, límites y condiciones en que fue contratado. La renovación automática se entenderá tácitamente aceptada si alguna de las partes no se opone a ella en forma expresa por escrito dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que inicie el nuevo periodo de vigencia. La renovación siempre otorgará por lo menos el 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, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

En caso de que el producto cuente con una cláusula de renovación previa quedará sin efecto, aplicando esta nueva cláusula. Los demás términos y condiciones generales de la póliza quedan vigentes y no sufren cambio alguno, por lo que subsisten con la misma fuerza y obligatoriedad legal que los mismos contienen.

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 25 de septiembre de 2024, con el número CGEN-S0050-0053-2024/G-00853-002.

#### **11.7. Cláusula de Medios de Contratación.**

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos o medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que la Aseguradora ponga a disposición del asegurado.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales. El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a. Teléfono
- b. Correo
- c. Internet
- d. Fax
- e. Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora. Los términos y condiciones para el uso de los medios electrónicos y de identificación en sustitución de la firma autógrafa podrán ser consultados en [www.segurosbanamex.com.mx/SB/documentos/Terminos\\_y\\_Condiciones\\_de\\_Medios\\_Electronicos.pdf](http://www.segurosbanamex.com.mx/SB/documentos/Terminos_y_Condiciones_de_Medios_Electronicos.pdf)

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de junio de 2017, con el número RESP-S0050-0044-2017/G-00850-001.

#### **11.8. Medios de Cancelación.**

##### 1. Automática.

- Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

2. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito, presentándolo al módulo de atención de la compañía donde después de ser identificado se le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

La devolución se estará entregando a la cuenta que se cobró dentro de los siguientes 30 días en que el cliente haya solicitado la cancelación.

3. El asegurado podrá comunicarse a los siguientes teléfonos 55 1226 8100 opción 2 o al 1 800 226 2639 donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

Esta cláusula no reemplaza a la cláusula de cancelación incluida en las Condiciones Generales del producto, solo complementa a la misma.

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 12 de Diciembre de 2017 con el número CGEN-S0050-0148-2017/ G-00903-003.

#### **11.9. Cláusula de Delimitación de Responsabilidad.**

Cualquier obligación a cargo de la Compañía de conformidad con lo estipulado en el presente Contrato, queda exclusivamente a cargo de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex y de la siguiente forma: (i) con sus propios recursos; (ii) pagaderos únicamente en México, y (iii) en la moneda que originalmente se hubiere contratado y si esta se hubiera modificado por disposición legal, entonces se pagará en la moneda del curso legal en México en la fecha del pago; lo anterior conforme a las disposiciones legales aplicables en México.

Es de su conocimiento que Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, no es una sucursal de Citigroup, Inc. o de ninguna de sus afiliadas o subsidiarias; así como que las obligaciones de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, derivadas del presente Contrato serán única y exclusivamente a cargo de Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, en términos de las condiciones generales de la póliza y las leyes aplicables, incluyendo cualquier decreto, regulación, orden o acción gubernamental.

Los demás términos y condiciones de las pólizas quedan vigentes y con plena validez jurídica.

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 27 de Julio de 2018, con el número CGEN-S0050-0031-2018/ G-01008-002.

### 11.10 Servicios de Asistencia

Con la presente cláusula **Seguros Banamex** ofrecerá sin costo adicional e independiente a la suma asegurada el programa de asistencias siguiente:

El programa de asistencias será proporcionado por el proveedor que elija **Seguros Banamex** quien será responsable respecto de la calidad y cumplimiento de los bienes y servicios de dicho programa de asistencias, sin que se exima la responsabilidad a Seguros Banamex.

El asegurado podrá solicitar los servicios de asistencia las 24 horas del día, los 365 días del año, en su localidad y en toda República Mexicana, llamando al número telefónico 55 1226 8100 opción 6.

Los servicios de este programa de asistencias cubren al asegurado, cónyuge e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio del asegurado.

#### 1.DEFINICIONES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

**Accidente:** Todo acontecimiento, súbito, fortuito externo y violento, que produce un daño físico sobre el beneficiario del servicio.

**Asegurado:** Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza de seguro de vida individual Vida MAS.

**Beneficiario del servicio:** Es el usuario final del servicio a proporcionar, ya sea el asegurado, su cónyuge e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio.

**Emergencia médica:** Toda situación que ponga en peligro la vida del beneficiario del servicio, o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

**Exclusión:** Son las circunstancias o daños que no están cubiertas por el servicio de asistencias contemplados dentro de la descripción de los servicios y que se señalan específicamente en dentro del presente anexo.

**Periodo de vigencia de los servicios:** Los servicios estarán vigentes mientras se encuentre vigente la póliza de seguro de vida individual Vida MAS.

**Urgencia:** Situación de peligro que requiere una acción inmediata y recae en una necesidad que afecta la salud del beneficiario del servicio.

**Kit de asistencia:** Díptico informativo con la descripción de las coberturas del seguro y de los servicios de asistencia.

#### 2.SERVICIOS DE ASISTENCIA

**Asistencia Médica Nacional.** Durante la vigencia de la póliza se deberán proporcionar al asegurado, su cónyuge e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio los siguientes servicios:

El servicio se brindará a nivel nacional a través del número telefónico **55 1226 8100**.

Seguros Banamex recibirá la llamada y transferirá para atención de asistencia.

##### **1)Asistencia médica telefónica gratuita las 24 horas.**

El **proveedor de asistencias** proporcionará a los **beneficiarios del servicio** contacto inmediato con médicos generales certificados y capacitados, quienes proporcionarán información, asesoría y orientación vía telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos; para información relacionada a medicamentos, efectos secundarios, interpretación de exámenes de laboratorio, orientación en planificación familiar, educación sexual, vacunaciones, prevención en la automedicación, tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia. Información de primeros auxilios, así como elaboración de expediente clínico por cada persona que utilice el servicio.

Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico de cabina en ningún caso y por ningún motivo recetará medicamentos.

Este servicio se proporcionará sin límite de eventos, sin preexistencias y sin límite de edad durante el periodo de vigencia de la póliza.

**2)Servicio de médico a domicilio en caso de urgencia las 24 horas.**

El **proveedor de asistencias** coordinará la cita, para que el beneficiario del servicio reciba en el domicilio indicado, la visita del médico general que proporcionará la consulta médica.

A solicitud del **beneficiario del servicio**, en caso de urgencia, el **proveedor de asistencias** coordinará el envío de un médico general a su domicilio. La cita tendrá un costo preferente para el **beneficiario del servicio**, desde \$350.00 (trescientos cincuenta pesos MXN) incluye Impuesto al Valor agregado (IVA) correspondiente por consulta; el costo que deberá ser liquidado directamente por el **beneficiario del servicio** al médico.

**3)Coordinación de emergencias médicas.**

Asesoría para primeros auxilios y envío de ambulancia terrestre en caso de emergencia médica, el traslado de la ambulancia será a la clínica u hospital más cercano del lugar de los hechos, envío de ambulancia una vez por año durante la vigencia anual de la póliza correspondiente, y envíos subsecuentes a precios preferenciales.

**4)Transmisión de mensajes urgentes en caso de emergencias médicas.**

En caso de que el **beneficiario del servicio** sufra una emergencia médica, el **proveedor de asistencias** le apoyará con la transmisión de mensajes hacia sus familiares directos o persona de contacto, ya sea mediante llamada o envío de mensaje. Este servicio es gratuito y se proporcionará sin límite de eventos durante el periodo de vigencia de la póliza.

**5)Coordinación de segunda opinión médica.**

El **proveedor de asistencias** coordinará a solicitud del **beneficiario del servicio** una consulta con médico especialista en caso de que el **beneficiario del servicio** requiera una segunda opinión médica.

La coordinación es gratuita, los honorarios del médico, a precios preferenciales, estarán a cargo del **beneficiario del servicio**, previamente comunicados por el proveedor de asistencias.

Consultas desde \$250.00 (doscientos cincuenta pesos MXN) con médicos especialistas de todo el país.

Los gastos que se originen serán a cargo del **beneficiario del servicio**.

**6)Check up básico.**

El asegurado tendrá derecho a un evento de check-up básico, que consiste en un estudio de laboratorio, a elegir de entre los que se describen a continuación, a realizarse en los laboratorios que forman parte de la red de proveedores médicos del **proveedor de asistencias**:

- 1.Química sanguínea de 12 elementos, examen general de orina y biometría hemática.
- 2.Antígeno Prostático.
- 3.Papanicolaou.
- 4.Prueba de esfuerzo básico.

Limitado a un evento durante la vigencia anual de la póliza y sólo aplica uno de los cuatro diferentes estudios de laboratorio.

Este servicio sólo aplica para el asegurado.

**3.Exclusiones de los Servicios de Asistencia**

- **Los médicos de cabina bajo ninguna circunstancia indicarán tratamiento farmacológico o expedirán recetas médicas.**
- **Los costos preferenciales a que hace referencia el presente anexo están sujetos a cambios sin previo aviso y podrán variar dependiendo del estado de la República Mexicana en que se encuentre el beneficiario del servicio.**
- **Para ser válido el servicio deberá haber sido reportado de manera oportuna vía telefónica al proveedor de asistencias en el período de vigencia de los servicios.**

- Para hacer uso de cualquiera de los servicios el beneficiario del servicio deberá contactar previamente al proveedor de asistencias, quien gestionará la totalidad del evento. En caso de que el beneficiario del servicio gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, el costo de los mismos correrá por su cuenta.
- El proveedor de asistencias no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- 1) Cuando el beneficiario del servicio no se identifique como beneficiario del servicio activo.
- 2) Cuando el beneficiario del servicio no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- 3) Cuando el beneficiario del servicio incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.
- 4) También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, revolución, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa.
- 5) Autolesiones o participación del beneficiario del servicio en actos delictivos intencionales, suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental, accidentes ocurridos en estado de ebriedad o bajo el uso de drogas y/o estimulantes con base en la determinación de la autoridad respectiva.

En el caso de traslados foráneos y ambulancias aéreas serán programados y cotizados para que, previa autorización del beneficiario del servicio en cuanto a costo, se coordine el servicio.

En todos aquellos núcleos de población, que por su situación geográfica o económica no cuenten con servicios de ambulancias o médico a domicilio, el proveedor de asistencias hará su mejor esfuerzo, para enviar del poblado más cercano que cuente con dichos servicios.

La solicitud de servicio de asistencia médica telefónica que contravenga las buenas prácticas de la medicina; se condicionarán o en su caso no se atenderán las solicitudes de servicio de asistencia médica telefónica que contravenga las buenas prácticas de la medicina.

Los servicios otorgados bajo esta cláusula son sin costo para los asegurados.

Esta cláusula no modifica los términos y condiciones de las demás cláusulas contenidas en las condiciones generales de la póliza, por lo que mismas conservan la misma fuerza y obligatoriedad.

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 3 de marzo del 2022, con el número CGEN-S0050-0098-2021/G-01345-003.

### 11.11. Cláusula General de Incentivos para la Venta y Retención

La compañía en sus campañas de venta o retención de sus productos de seguros podrá ofrecer alguno(s) de los siguientes incentivos:

- Descuentos y bonificaciones de primas
- Monederos electrónicos
- Programas de Lealtad
- Cuponeras
- Premios en dinero
- Programas y puntos de recompensa
- Boletos de avión
- Viajes y noches de hotel
- Renta de vehículo
- Convivencia con figuras públicas
- Artículos Promocionales Boletos para el cine, teatro, eventos, conciertos, premiers, etc.
- Servicios de entrega de comida
- Experiencias para el cliente: Comidas, Catas de Vino, Talleres de Cocina, SPA
- Pláticas, Cursos, Talleres
- Regalos tales como: Gadgets, artículos electrónicos, kits de salud y belleza
- Servicios de consumo de plataformas digitales para audio y video
- Despensas, canastas, arcones.
- Rifas

La compañía dará a conocer mediante los materiales y medios de comunicación que utiliza habitualmente para promocionar sus productos, la campaña de incentivos que, en su caso, otorgará en la venta del producto en que aplique.

En el caso de retención, se le dará a conocer los incentivos, cuando se tenga el contacto con el cliente o a través de una campaña dirigida de comunicación.

Los incentivos descritos en la presente cláusula no tienen costo adicional para los asegurados.

Los demás términos, condiciones y exclusiones de la póliza no sufren afectación alguna.

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 12 de octubre de 2022, con el número CGEN-S0050-0147-2022/G-01494-001.

### 11.12. Cláusula complementaria de agravación del riesgo.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Seguros Banamex, S.A. de C.V. tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. Seguros Banamex, S.A. de C.V. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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 01 de noviembre de 2024, con el número CGEN-S0050-0070-2024 / G-01663-002.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0565-2011/CONDUSEF-000748-07

- Para mayor detalle de las disposiciones legales referidas en este documento puede consultar:  
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:  
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Consulte coberturas y exclusiones de este producto en:  
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>

**CONDUSEF:** Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Cd. de Méx., C.P. 03100, <https://www.gob.mx/condusef>.  
Tels. 55 5340 0999 y 1 800 999 8080 - [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

**UNE Seguros Banamex:** Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03240, Cd. de Méx., Tel. 55 5062 6723 - [sbaunecond@banamex.com](mailto:sbaunecond@banamex.com)