ÍNDICE

1. Beneficios cubiertos ..... Pág. 1
1.1 Protección por fallecimiento
2. Definiciones
2.1. Contratante
2.2. Asegurado
2.3. Beneficiario
2.4. Vigencia
3. Condiciones generales
3.1. Primas
3.2. Vencimiento
3.3. Pagos
3.4. Periodo de gracia
4. Cláusulas generales ..... Pág. 2
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
5. Procedimientos Pág.3
5.1. Beneficiarios
5.2. Indemnización por mora
5.3. Cancelación
5.4. Renovación
5.5. Rehabilitación
6. Procedimiento de Indemnización..... Pág. 5
6.1. Pago del seguro
6.2. Anticipo
6.3. Ajuste por edad
7. Exclusiones ..... Pág. 6
8. Beneficio adicional de Enfermedades Graves ..... Pág. 7
8.1. Beneficios cubiertos
8.1.1. Beneficio de enfermedades graves
8.1.2. Periodo de espera y vigencia
8.1.3. Forma de pago
8.2. Definiciones
8.2.1. Enfermedad grave
8.3. Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco)

8.3.1. Cobertura
8.3.2. Definición
8.3.3. Demostración
8.4. Cirugía Coronaria
8.4.1. Cobertura
8.4.2. Definición
8.4.3. Demostración
8.4.4. Exclusiones
8.5. Infarto y/o Hemorragia Cerebral
8.5.1. Cobertura
8.5.2. Definición
8.5.3. Demostración
8.5.4. Exclusiones
8.6. Neoplasia Maligna (Cáncer)
8.6.1. Cobertura
8.6.2. Definición
8.6.3. Demostración
8.6.4. Exclusiones
8.7. Insuficiencia Renal Crónica (Terminal) con necesidades de diálisis renal
8.7.1. Cobertura
8.7.2. Definición
8.7.3. Demostración
8.8. Parálisis de las extremidades
8.8.1. Cobertura
8.8.2. Definición
8.8.3. Demostración
8.9. Transplante de un órgano vital
8.9.1. Cobertura
8.9.2. Definición
8.9.3. Demostración
8.10. Procedimiento de indemnización
8.10.1. Aviso de siniestro
8.10.2. Pruebas
8.10.3. Fallecimiento del asegurado
8.10.4. Límites de edad

9. Cobertura adicional Anticipo de Suma Asegurada en caso de Enfermedad Terminal ..... Pág. 10

9.1. Cláusulas adicionales
9.1.1. Cobertura
9.1.2. Vigencia
9.2 Definiciones
9.2.1. Enfermedad terminal
9.2.2. Periodo de espera

9.3 Procedimiento de Indemnización
9.3.1. Aviso de siniestro
9.3.2. Pruebas
9.3.3. Pago
9.3.4. Exclusiones
10. Interconsulta (Segunda Opinión) ..... Pág. 11
10.1. Disposiciones Generales
11. Servicio de asistencia médica las 24 horas de los 365 días del año
12. Cláusula de cobertura familiar
12.1. Disposiciones Generales
12.2. Límites de edad para hijos
12.3. Límites de edad para cónyuges
13. Cláusulas de carácter general ..... Pág. 12
13.1. Cláusula de Comisión o Compensación Directa
13.2. Cláusula OFAC (Office Foreign Assets Control)
13.3. Cláusula de Periodo de Gracia
13.4. Cláusula de Entrega de Información
13.5. Cláusula de Referencia DF a CDMX
13.6. Sumas Aseguradas Vida Individual
13.7. Cláusula General de Renovación
13.8. Cláusula de Medios de Contratación
13.9. Medios de Cancelación
13.10. Cláusula de Delimitación de Responsabilidad
13.11. Cláusula de Servicios de Asistencia
13.12. Cláusula General de Incentivos para la Venta y Retención

Contrato de Seguro que celebran **Citibanamex Seguros, S.A. de C.V.,** Grupo Financiero Citibanamex a quien 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”, quienes 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 de las 12:00 horas del día, en la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula de la póliza y continúa durante el plazo de seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de su vencimiento.

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; 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 período 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 esta, 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 período 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".

Las modificaciones al Contrato serán validas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

4.3. Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 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 los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

4.4. Plazo del Seguro. El plazo del presente contrato será por períodos 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, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus Oficinas Centrales o en la Delegación de la misma, que se encuentre más próxima al domicilio del Asegurado o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que les dio origen.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la Institución de Seguros.

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 período 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.

4.1.0. Límites de edad. Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.

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 176 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 165 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 hiciere 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 de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

> **ARTÍCULO 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:
>
> I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

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 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.

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 3 millones de pesos o 300,000 dólares (lo que resulte mayor) 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 3 millones de pesos o 300,000 dólares (lo que resulte mayor) 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.

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. 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 período de seguro rehabilitado, conforme a las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigentes a la fecha de rehabilitación.

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. Anticipo. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía 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 beneficiario que lo solicite, siempre que la Suma Asegurada a que tenga derecho sea mayor o igual al importe del anticipo.

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

6.3. 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

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, cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes de la celebración del presente contrato por haber sido aparentes a la vista o por los cuales se haya realizado previamente un diagnóstico o por algún gasto realizado 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.**
- **Enfisema pulmonar, bronquitis crónica.**
- **Infarto.**
- **Angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardiacas o bypass coronario.**
- **Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales.**
- **Cualquier tipo de diabetes.**
- **Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia, hemofilia.**
- **Lupus eritematoso sistémico.**
- **Esclerosis múltiple.**
- **Transplante cardiaco, hepático y/ o renal.**
- **Toxicomanías, uso de drogas no recetadas por un médico.**
- **Cirrosis hepática.**
- **Enfermedades hepáticas crónicas. Pancreatitis.**
- **Obesidad mórbida.**

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.**

- **Manejo de materiales radioactivos y/o químicos de alto riesgo.**
- **Manejo de alto voltaje o trabajo en plataformas marinas.**
- **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.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Práctica de los siguientes deportes de manera amateur o profesional: Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, tauromaquia, motociclismo (en competencia), espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo.**
- **Salto de "Bongie".**
- **Aviación privada.**

En caso de renovación de la póliza, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inicio 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. BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Enfermedades Graves, según consta en la carátula de la póliza. Este beneficio se contrata mediante la obligación de pago de prima adicional correspondiente.

8.1. BENEFICIOS CUBIERTOS

8.1.1. Beneficio de Enfermedades Graves. Si durante la vigencia del Contrato, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves indicadas en la siguiente sección, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para este beneficio, en la carátula de la póliza y de conformidad con la forma de pago descrita en la sección "Forma de Pago" y de acuerdo con las definiciones y condiciones que se precisan en esta cobertura.

8.1.2. Periodo de espera y Vigencia. No se hará ningún pago si la Enfermedad Grave ocurre durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura, y quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

a) Cancelación de la póliza.

b) La primera ocurrencia de una Enfermedad Grave que sea indemnizada por esta cobertura y por la cual se agote la suma asegurada.

c) La muerte del asegurado.

d) Al final del aniversario inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 66 (sesenta y seis) años.

8.1.3. Forma de pago. La Compañía pagará al Asegurado el importe señalado para ésta cobertura en la carátula de la póliza de la siguiente manera:

a) 50% al diagnóstico u ocurrencia de la Enfermedad Grave, siempre y cuando exista el fundamento médico que la avale y de acuerdo a las definiciones y condiciones que se establecen en esta póliza.

b) 50% treinta días después del diagnóstico u ocurrencia de la Enfermedad Grave.

8.2. DEFINICIONES

8.2.1. Enfermedad Grave. Para efectos de esta cobertura se considera Enfermedad Grave:

- **Infarto del miocardio.**
- **Cirugía coronaria.**
- **Infarto o hemorragia cerebral.**
- **Neoplasia maligna (cáncer).**
- **Insuficiencia renal crónica con necesidad de diálisis renal.**
- **Parálisis de las extremidades**
- **Transplante de un órgano vital durante el período de cobertura.**

De acuerdo con las definiciones y condiciones que se señalan a continuación.

8.3. INFARTO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDÍACO)

8.3.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostraciones.

Definición y Demostración

8.3.2. Definición. Necrosis (muerte) de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

8.3.3. Demostración. Evidencia de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo.

1. Historia del dolor torácico típico.
2. Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo.
3. Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica.

8.4. CIRUGÍA CORONARIA

8.4.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la práctica de la cirugía coronaria y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración

8.4.2. Definición. Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales.
- Implantación de la arteria mamaria interna.

8.4.3. Demostración. Evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las arterias coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.

8.4.4. Exclusiones. Están excluidos los siguientes procedimientos:

- **Angioplastía coronaria transluminal percutánea.**
- **Trombolisis mediante cateterismo coronario.**

8.5. INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL

8.5.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración.

8.5.2. Definición. Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas.

8.5.3. Demostración. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angio resonancia.

8.5.4. Exclusiones. Quedan excluidos:

- **Los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativa e infeccionsas.**

8.6. NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER)

8.6.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que pone en peligro la vida del asegurado y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración.

8.6.2. Definición. La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por: crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

8.6.3. Demostración. Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

8.6.4. Exclusiones.

- **Neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colon y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.).**

8.7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (TERMINAL) CON NECESIDADES DE DIÁLISIS RENAL

8.7.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración.

8.7.2. Definición. La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática, o el transplante renal.

8.7.3 Demostración. Historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

8.8. PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES

8.8.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración.

8.8.2. Definición. Pérdida total y permanente, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

8.8.3. Demostración. Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos o más extremidades debido a parálisis.

Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma. Estudios de Electromiografías.

8.9. TRANSPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL

8.9.1. Cobertura. Pago de la suma asegurada a partir de la práctica de la cirugía de transplante como receptor y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición y Demostración.

8.9.2. Definición. El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el transplante de islotes de Langerhans).

8.9.3. Demostración. Historia de Enfermedad Grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del transplante efectuado.

8.10. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

8.10.1. Aviso de siniestro. Se deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la Compañía de la ocurrencia de una Enfermedad Grave, o en todo caso, durante un período no mayor a 90 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

8.10.2. Pruebas. El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el asegurado o beneficiario en su caso, aporten pruebas a la Compañía que demuestren:

- La edad del asegurado, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.
- La ocurrencia de la Enfermedad Grave, en cuestión que deberá comprender el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.
- Adicionalmente la Compañía se reserva el derecho de examinar a su costa al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes o el hospital utilizado.

8.10.3. Fallecimiento del asegurado. Si falleciere el asegurado por la Enfermedad Grave, el pago correspondiente a esta cobertura se hará a los beneficiarios designados por el asegurado.

8.10.4. Límites de edad. Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.

9. 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 consta en la carátula de la póliza.

9.1. CLÁUSULAS ADICIONALES

9.1.1. Cobertura. La Compañía por virtud de este beneficio se obliga a pagar al Asegurado el 50% de la suma asegurada básica pactada con cargo a dicha suma asegurada, la cual se descontará de la liquidación a que tengan derecho los beneficiarios designados, 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.

9.1.2. 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.

9.2. DEFINICIONES

9.2.1. 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.

9.2.2. Período 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.

9.3. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

9.3.1. 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 período no mayor de 5 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción

9.3.2. 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.

9.3.3. 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).

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

10. INTERCONSULTA (SEGUNDA OPINIÓN).

10.1. Disposiciones Generales. Mediante este servicio la Compañía se obliga a intermediar los servicios de interconsulta (Segunda opinión médica), en caso de que le sea detectada cualquiera de las Enfermedades Graves cubiertas en su seguro de vida (Beneficio de Adicional de Enfermedades Graves), así como la recomendación de tratamientos.

El Asegurado podrá comunicarse a la Compañía y hacer llegar la documentación siguiente:

a) Diagnóstico de una Enfermedad Grave y preguntas específicas para los expertos.

b) Historia Clínica completa.

c) Resultado de los exámenes de diagnóstico.

Esta información podrá entregarse directamente en la compañía.

Si la información enviada por su médico es suficiente, el diagnóstico se recibirá en 72 horas aproximadamente.

11. SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA LAS 24 HORAS DE LOS 365 DIAS DEL AÑO

En caso de emergencia por Accidente o enfermedad del Asegurado, se proporcionará el servicio de ambulancia terrestre, sin costo para el Asegurado, para trasladarlo al hospital más cercano y/o adecuado, en territorio Nacional. Dependiendo de la lesiones, se podrá utilizar ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias de cada caso, con máximo de 2 eventos por año. Se considera emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

En caso de utilizar los servicios de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se reembolsarán los gastos efectuados hasta el monto que se hubiera pagado por un servicio similar en condiciones de distancia y características de la unidad en Territorio Mexicano.

PARA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS.

Comunicarse a los siguientes teléfonos:

En la Ciudad de México: 53 40 35 50

Lada sin costo: (01) 800 581 3979

El Asegurado deberá indicar:

Nombre completo.

Lugar donde se encuentra.

Número de teléfono donde se le pueda contactar.

Descripción del problema y tipo de ayuda que se precise.

Los datos adicionales que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.

Para solicitar el reembolso de gastos de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se deberá presentar los comprobantes originales de gastos y el informe del médico tratante. En los mismos teléfonos se informará el domicilio en donde se deberá entregar la documentación.

A falta de la notificación a los teléfonos antes mencionados, la Compañía no estará obligada a la prestación del servicio.

12. CLÁUSULA DE COBERTURA FAMILIAR.

12.1. Disposiciones Generales. Mediante esta cláusula la Compañía conviene en asegurar a las personas indicadas en la carátula de la póliza bajos los términos y condiciones del presente contrato hasta los montos indicados en la misma.

12.2. Límites de edad para hijos. Los límites de admisión y renovación serán de: 12 (doce) años como mínimo y 19 (diez y nueve) años como máximo.

12.3. Límite de edad para cónyuges. Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.

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 noviembre de 2003, con el número CNSF-S0050-0818-2003/CONDUSEF-005055-03.

13. CLÁUSULAS DE CARÁCTER GENERAL

13.1. Cláusula de Comisión o Compensación Directa.

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.

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 16 de diciembre de 2005, con el número CGEN-S0050-0173-2005/G-00410-001.

13.2. 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.

13.3. 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 clausula, queda sin efectos y prevalece lo establecido en la presente clausula.

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 RESPS0050-0190-2016/G-00430-001.

13.4. 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 Seguros.
2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto.
3.- A través de 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 CGENS0050-0094-2016/G-00419-001.

13.5. 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 RESPS0050-0193-2016/G-00434-001.

13.6. 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.

13.7. 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.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de septiembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0173-2013/G-00853-001.

13.8. 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. 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 terminos 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

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 RESPS0050-0044-2017/G-00850-001.

13.9. 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 proporcionara 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 o al 1 800 2262639 donde después de ser autentificado, se le proporcionara 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.

13.10. 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 Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Citibanamex 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 Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Citibanamex, no es una sucursal de Citigroup, Inc. o de ninguna de sus afiliadas o subsidiarias; así como que las obligaciones de Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Citibanamex, derivadas del presente Contrato serán única y exclusivamente a cargo de Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Citibanamex, 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-01008-001.

13.11. Servicios de Asistencia.

Con la presente cláusula Citibanamex Seguros 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 **Citibanamex Seguros** 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 **Citibanamex Seguros**.

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 específica en la carátula de la póliza de seguro de vida individual **Vida CBNX.**

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 CBNX.**

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.**

Citibanamex Seguros 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 asistencia**s 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 clausulas 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-01345-002.

13.2. 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.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0818-2003/CONDUSEF-005055-03

- 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

UNE Citibanamex Seguros: Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03240, Cd. de Méx., Tel. 55 5062 6723 - sbaunecond@citibanamex.com