



Condiciones Generales del producto.



Bienvenido a
Seguros Banamex

ÍNDICE

I. OBJETO pag. 1

II. DEFINICIONES pag. 1

III. CLÁUSULAS GENERALES pag. 2

IV. COBERTURAS pag. 7

V. PROCEDIMIENTO pag. 22

VI. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS pag. 24

Al verificarse la(s) eventualidad(es) amparada(s) por las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, **Seguros Banamex S. A. de C. V., integrante del Grupo Financiero Banamex** denominada en adelante “la Compañía”, se obliga a pagar el y/o los beneficio(s) pactado(s) para dicha(s) cobertura(s), siempre y cuando la(s) mencionada(s) eventualidad(es) se presente(n) durante su respectiva vigencia y cumpla las condiciones y requisitos estipulados.

El Contrato de Seguro se sujetará a las siguientes cláusulas generales.

I. OBJETO

De conformidad con la solicitud de seguro, así como las demás declaraciones del Contratante del seguro y con sujeción a las condiciones generales, particulares, endosos y cláusulas contenidas en el presente Contrato, la Compañía, se obliga a pagar la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza al ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza y de así contratarse por los beneficios adicionales amparados que se encuentren reflejados en la carátula de la póliza.

II. DEFINICIONES

2.1. Contratante. Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o 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.

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. Prima. El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza. El importe podrá pagarse a la Compañía, desde el primer día de su vencimiento, mediante un pago anual, semestral, trimestral o de forma mensual.

2.5. Pago de Prima. El pago de la prima se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía a la tarjeta de crédito, tarjeta de débito y/o cuenta bancaria señalada y de acuerdo a la periodicidad o frecuencia que el Contratante o Asegurado haya elegido. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante o 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 Contratante o Asegurado omiten dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurridos el periodo de gracia.

Se entenderán como causas de cancelación del seguro imputables al Contratante o 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.

2.6. Beneficiario de los Servicios de Asistencia. Es el usuario final del servicio a proporcionar, ya sea el Asegurado titular, su cónyuge, hijos menores de 21 años, suegros (padres del cónyuge o concubino reconocido legalmente) y padres del Asegurado sin límite de edad.

2.7. Emergencia médica. Toda situación que ponga en peligro la vida del beneficiario de los servicios de asistencia, o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

2.8. Hospitalización. Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el tratamiento de algún padecimiento detectado, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

2.9. Hospital. Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

2.10. Accidente. Todo acontecimiento, súbito, fortuito externo y violento, que produce un daño físico sobre el beneficiario de los servicios de asistencia.

2.11. Exclusión. Son las circunstancias o daños que no están cubiertos por las coberturas de la póliza de seguro y por los servicios de asistencia contemplados dentro de la descripción y que se señalan específicamente dentro de la cláusula o sección correspondiente.

2.12. Expediente clínico electrónico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imágenes o de cualquier otra índole propiedad del beneficiario de los servicios de asistencia, donde se incluyen los datos necesarios para el seguimiento a distancia de casos médicos, y que respaldan un diagnóstico, mismo al que el proveedor médico tiene acceso por autorización del beneficiario de los servicios de asistencia.

2.13. Fractura. Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo que debe ser diagnosticado por un médico con cédula profesional y soportado por estudios radiológicos.

2.14. Diagnóstico de cáncer. Para efectos de este seguro se entenderá que el Diagnóstico de Cáncer deberá basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba o Reporte Patológico, emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

2.15. Reporte patológico. Significa los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, basadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos del sitio en donde se sospecha pueda existir lesión o una manifestación de Cáncer, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático; dichos documentos deberán estar fechados y firmados por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la Especialidad en Oncología, osteopatía, anatomopatología, hematocología o patología. Queda entendido que el médico que feche y firme el Reporte Patológico, no podrá ser familiar del Asegurado o vivir en el mismo domicilio que el Asegurado, al momento de la emisión del Reporte Patológico.

2.16. Problemas y complicaciones del embarazo. Son aquellas condiciones o procesos patológicos asociados con el embarazo. Los únicos eventos considerados como problemas y complicaciones del embarazo y que se encuentran cubiertos, están desglosados en el apartado Definición de la Cobertura.

2.17. Padecimientos preexistentes. Se consideran padecimientos preexistentes aquellos que:

- Con anterioridad a la celebración del contrato de seguro se haya declarado la existencia de la enfermedad o padecimiento, mediante un diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o por medio de pruebas de laboratorio y/o gabinete y/o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
- Que previo a la celebración del contrato de seguro, se hayan realizado gastos, comprobables documentalmente y que dichos gastos hayan sido utilizados para recibir tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- Cuando la Compañía cuente con las pruebas documentales de recibir un diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o padecimiento de que se trate, la Compañía tendrá el derecho de solicitar al Asegurado los resultados y/o soporte del diagnóstico y/o tratamiento recibido y/o en su caso, el expediente médico o clínico, por lo que el Asegurado estará obligado a entregarlos, para resolver la procedencia o no de su reclamación.

III. CLÁUSULAS GENERALES

3.1. Período 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 período 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, 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.

3.2. 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.

3.3. 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 se registran de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y se harán del conocimiento del contratante y/o Asegurado, en términos de lo previsto por el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato del Seguro serán válidas 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.

3.4. 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.

El medio por el cual se podrá hacer constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, son los siguientes:

- a) Teléfono
- b) Correo
- c) Internet
- d) Cualquier otro medio electrónico que habilite la Compañía, 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, teniendo la eficacia que la ley le otorga a esta contratación. Por el 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

3.5. 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.

3. 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.

4. 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.

5. El Asegurado podrá comunicarse a los siguientes teléfonos **55 1226 8100** donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

3.6. Modificaciones. Cualquier modificación a esta póliza se hará previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía por escrito o por teléfono previa autenticación, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

3.7. Vigencia del Contrato. Cada una de las coberturas contratadas inicia de acuerdo con lo señalado en la carátula de la póliza, 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 indicado en la carátula de póliza.

3.8. Plazo del Seguro. El plazo del presente Contrato será anual con renovación automática, si en la carátula de la póliza o endoso no se establece otro plazo o si bien dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo.

3.9. Sumas Aseguradas. 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. Al momento de la contratación el Asegurado podrá indicar el porcentaje de ajuste anual automático de la Suma Asegurada, esta se actualizará de acuerdo al porcentaje establecido e indicado en la carátula de la póliza en cada aniversario.

3.10. Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Contratante.

3.11. 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, **se ofrecerá condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, 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".

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. 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.

3.12. 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 solo 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.

3.13. 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 se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, en los términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

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

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.”

3.14. Moneda. Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante o Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado o Beneficiario, 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 Contratante o 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.

3.15. Edad. Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta póliza. Los límites de admisión y máximos de renovación serán los que se indiquen en la carátula de póliza sin que estos estén fuera de los parámetros de 18 años como mínimo y la edad máxima será de 99 años 11 meses como máximo para las coberturas de fallecimiento y gastos funerarios.

Para las coberturas adicionales la edad mínima será 18 años y máxima será la especificada en la carátula de póliza.

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 haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. En su caso las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado.
- c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta a la manifestada en la solicitud, 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.

3.16. 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 físico o mental 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.

3.17. 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 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 obtenerlos.

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.

3.18. 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., integrante del Grupo Financiero Banamex 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., integrante del Grupo Financiero Banamex 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.

3.19. 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 o en el lugar y forma en que las partes pacten al momento de realizar el pago, 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.

3.20. 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.

IV. Coberturas

4.1. Fallecimiento (Básica).

4.1.1. Definición.

La Compañía pagará a la muerte del Asegurado, la Suma Asegurada (menos los montos de los anticipos recibidos, en caso de haberse aplicado alguno) pactada al (a los) Beneficiario(s) designado(s) ante la Compañía al recibir las pruebas de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura. La Compañía pagará el importe de la suma asegurada que corresponda, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, durante la vigencia de la póliza.

De igual forma, se pagará la Suma Asegurada contratada de la cobertura cuando el Asegurado llegara con vida a los 100 años.

4.1.2. Pruebas.

La Compañía tiene derecho de solicitar al beneficiario la siguiente información o documentos relacionados con el siniestro por fallecimiento:

- a) Solicitud de reclamación del (de los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos, proporcionado por la Compañía.
- b) Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- c) Acta de Defunción (copia certificada).

- d) Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada), o en su caso la Clave Única de Registro de Población (CURP).
- e) Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- f) Identificación oficial vigente del (de los) Beneficiario(s) (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- g) Comprobante de domicilio vigente del (de los) Beneficiario(s) (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- h) En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
- i) Póliza: En caso de no tenerla solicitarla a la Compañía.

j) La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.2. Gastos funerarios.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Gastos funerarios, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.2.1. Definición.

La Compañía pagará al (a los) Beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece durante la vigencia de la presente póliza.

4.2.2. Pruebas.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, “la Compañía” pagará la suma asegurada indicada en la carátula de póliza de esta cobertura. Para tal efecto, el (los) Beneficiario(s), por sí deberán entregarte los documentos siguientes:

- a) Copia del Certificado Médico de Defunción.
- b) Copia simple de la Identificación oficial con fotografía y firma del (de los) Beneficiario(s), (credencial para votar vigente, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional); en caso de menores de edad se podrá entregar copia simple de la CURP.

c) La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.3. Muerte accidental.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Muerte accidental, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.3.1. Definición.

La compañía pagará al (a los) Beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada contratada adicionalmente a la suma asegurada de la cobertura de Fallecimiento, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado fallece.

4.3.2. Pruebas.

La Compañía tiene derecho de solicitar al beneficiario la siguiente información o documentos relacionados con la Muerte Accidental:

- a) Solicitud de reclamación del (de los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos, proporcionado por la Compañía.
- b) Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- c) Acta de Defunción del Asegurado (copia certificada).
- d) Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada), o en su caso la Clave Única de Registro de Población (CURP).
- e) Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- f) Identificación oficial vigente del Beneficiario (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).

g) Comprobante de domicilio vigente del (de los) Beneficiario(s) (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

h) Presentar actuaciones de Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

i) Póliza: En caso de no tenerla solicitarla a la Compañía.

j) La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.4. Enfermedades graves.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Enfermedades graves, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.4.1. Definición.

Este contrato de seguro cubrirá solo un evento por año por cobertura, durante la vigencia de la póliza y se reinstalarán los beneficios al renovarse el contrato. La ocurrencia del reclamo de una cobertura contratada solamente cancela dicha cobertura quedando activas hasta el fin de vigencia de la póliza las demás coberturas no reclamadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

Si durante la vigencia del Contrato, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades graves:

4.4.2. Infarto agudo de miocardio.

4.4.2.1. Definición.

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

4.4.2.2. Pruebas.

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 (CK-MB o Troponina) demostrativas de necrosis celular miocárdica.
4. Dictamen con el Diagnóstico confirmado por un cardiólogo.

4.4.2.3. Exclusiones.

- **La angioplastia coronaria transluminal percutánea.**
- **Padecimientos preexistentes.**
- **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

4.4.3. Enfermedades cerebrovasculares.

4.4.3.1. Definición.

La Compañía pagará cuando ocurra un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intracerebral o dentro del espacio subaracnoideo. Para su cobertura la sintomatología debe ser persistente por un periodo superior a 24 horas y su diagnóstico debe respaldarse por medio de estudios de imagen.

4.4.3.2. Pruebas.

El diagnóstico médico definitivo deberá estar emitido por un médico titulado, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y de la especialidad correspondiente, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado. 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 angiografía.

4.4.3.3. Exclusiones.

- **Ataques isquémicos transitorios (los AIT se definen como accidente con déficit neurológico reversible que no dura más de 24 horas) están específicamente excluidos.**
- **Padecimientos preexistentes.**
- **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

4.4.4. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).

4.4.4.1. Definición.

La EPOC causa dificultad para respirar. Hay dos formas principales de EPOC:

- a) Bronquitis crónica, la cual implica una tos prolongada con moco.
- b) Enfisema, el cual implica un daño a los pulmones con el tiempo.

4.4.4.2. Pruebas.

El diagnóstico médico definitivo deberá estar emitido por un médico independiente y titulado, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y en su caso, de la especialidad correspondiente, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

4.4.4.3. Exclusiones.

- **EPOC a consecuencia de que el Asegurado sea fumador.**
- **Padecimientos preexistentes.**
- **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

4.4.5. Insuficiencia Renal Crónica.

4.4.5.1. Definición.

Insuficiencia renal terminal, crónica e irreversible de ambos riñones que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal periódica o trasplante de riñón.

4.4.5.2. Pruebas.

El diagnóstico médico definitivo deberá estar emitido por un médico titulado, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y de la especialidad correspondiente, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado. En este caso el diagnóstico debe ser confirmado por un Nefrólogo.

4.4.5.3. Exclusiones.

Padecimientos preexistentes.

La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.5. Fractura de huesos.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Fractura de huesos, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.5.1. Definición.

La Compañía pagará al Asegurado, el porcentaje de la Suma Asegurada de esta cobertura, especificada en la documentación contractual, si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas de hueso mencionadas a continuación:

- Cráneo
- Huesos de la cara (sin nariz)
- Columna cervical
- Columna torácico y lumbar
- Huesos sacro y coxis
- Costillas
- Esternón

- Pelvis
- Clavícula
- Omóplato (escápula)
- Húmero
- Radio
- Cúbito (ulna)
- Cuello del fémur
- Otras partes del fémur
- Tibia y peroné (fíbula)
- Huesos del tarso y del metatarso
- Rótula

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

4.5.2. Pruebas.

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado la siguiente información o documentos relacionados con el siniestro por fractura de huesos:

- a) Solicitud de reclamación del Asegurado, requisitada en todos sus puntos, proporcionado por la Compañía.
- b) Identificación Oficial.
- c) La ocurrencia del riesgo en cuestión, que deberá comprender, en su caso, el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico, emitido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

d) La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.5.3. Exclusiones.

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

- a) Cuando el evento sea derivado por osteoporosis o fractura patológica (cualquier fractura que haya sido provocada por una enfermedad previa que haya debilitado el hueso), independientemente de que si la osteoporosis o la enfermedad que haya debilitado el hueso fueron diagnosticadas después de la fecha de emisión de la póliza.**
- b) Si la fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivado de estos procesos.**

4.6. Invalidez Total y Permanente.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Invalidez Total y Permanente, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.6.1. Definición.

La Compañía pagará la Suma Asegurada pactada al Asegurado inscrito en la carátula de la póliza correspondiente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente al recibir pruebas de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura.

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

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

4.6.2. Pruebas.

El Asegurado deberá entregar la documentación y acreditar ante la Compañía su estado de invalidez total y permanente a través de:

- Identificación oficial vigente del Asegurado
- Copia simple del comprobante de domicilio del Asegurado, cuya antigüedad no sea de más de tres meses.
- Acta de nacimiento del Asegurado
- Dictamen de invalidez total y permanente emitido por una institución de seguridad social al cual se encuentre adscrito el Asegurado titular.
- En el caso de que el Asegurado no se encuentre sujeto a la seguridad social y presente para acreditar el evento amparado dictamen emitido por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes que considere pertinentes al Asegurado, siendo practicados por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina, emitido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

- La Compañía podrá solicitarle estudios de laboratorio y gabinete referentes al estado de invalidez total y permanente en caso de ser necesario.
- **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

4.6.3. Exclusiones.

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos cometidos por el propio Asegurado.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de alguna compañía comercial autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) Padecimientos Preexistentes.**
- i) Radiaciones atómicas, nucleares o derivadas de éstas.**
- j) Accidentes o Lesiones que sufra el Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas que no hayan sido prescritas por un médico, siempre que estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo.**

4.7. Hospitalización.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Hospitalización, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.7.1. Definición.

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, el Asegurado requiera tratamiento médico o quirúrgico e internado en un hospital legalmente establecido, durante la vigencia del contrato de seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula para este beneficio.

Este beneficio operará siempre y cuando la hospitalización sea mayor a 48 hrs.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización, la Compañía pagará la suma asegurada

al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

La suma asegurada para el beneficio de apoyo por hospitalización se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente.

El número máximo de hospitalizaciones cubiertas en esta cobertura para cada Asegurado será una por año de vigencia de la póliza.

4.7.2. Pruebas.

Para que la Compañía pague la suma asegurada del beneficio de apoyo por hospitalización, el Asegurado deberá presentar ante la Compañía, la constancia de hospitalización, así como los documentos médicos relacionados con la reclamación que hagan constar los días de hospitalización. La constancia de hospitalización deberá ser expedido por un hospital público o privado del Sector Salud autorizado por la Compañía.

La Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. **En caso de que el Asegurado se negare a someterse a dichas pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.**

4.7.3. Exclusiones:

Exclusiones del beneficio de apoyo por hospitalización. Se excluye la hospitalización por tratamiento médico y/o quirúrgico a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio.**
- b) Embarazo, parto, cesárea o Interrupción legal del embarazo (ILE).**
- c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- d) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie y reducción de peso.**
- e) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.**
- f) Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades peligrosas o trabajos riesgosos, tales como:**

1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.

2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo (en pruebas de velocidad o como actividad profesional), esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica y espeleología, o cualquier otra actividad deportiva o semi-deportiva considerada de alto riesgo.

3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.

4.8. Anticipo por enfermedad terminal.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Anticipo por enfermedad terminal, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.8.1. Definición.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por Enfermedad terminal aquel padecimiento o enfermedad que ocasionará 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

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 representen, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido.

Esta cobertura será otorgada sin costo adicional en la prima, ya que el cobro de ésta forma parte de la prima pagada por la cobertura 4.1. Fallecimiento (Básica).

La indemnización de esta cobertura no es causal de cancelación de la póliza. La vigencia de esta cobertura termina:

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

4.8.2. Pruebas.

Es condición para el pago de cualquier reclamación, que el Asegurado o quien sus derechos representen, 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, emitido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado. 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.

La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.9. Diagnóstico de cáncer.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Diagnóstico de cáncer, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.9.1. Definición.

La Compañía pagará en una sola exhibición al Asegurado la suma asegurada especificada en la Carátula de la póliza, cuando sea diagnosticado el Cáncer por primera vez en su vida.

La presente cobertura se cancelará o dejará de surtir sus efectos al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- Al finalizar la vigencia del contrato, especificada en la Carátula de la póliza;
- En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado por el diagnóstico de cualquiera de los cánceres cubiertos.

El diagnóstico de cáncer significa el Cáncer manifestado en el recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular). Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico emitido por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, en el entendido de que el médico que emita el dictamen no podrá ser familiar del Asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

4.9.2. Pruebas.

Para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, evidencia fehaciente de la existencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.9.3. Exclusiones.

- a) **Cáncer de la piel, a menos de que se trate de melanomas malignos.**
- b) **No se ampara el cáncer que sea efecto directo o indirecto, de alguna de las siguientes situaciones:**
- **Cáncer preexistente en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la fecha de alta del seguro.**
- Se entiende por Cáncer preexistente, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:**
- **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**
 - **Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de cáncer, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.**
 - **Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento.**
- **Lesiones descritas como carcinoma in situ;**
- c) **Cáncer que sea diagnosticado por un médico que sea familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que el Asegurado al momento de la emisión del Diagnóstico de Cáncer;**
- d) **Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepressivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica;**
- e) **Cáncer a consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear;**
- f) **Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares; y asimismo, la presente cobertura no ampara:**
- g) **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ, displasia cervical NIC-1 (representa una displasia leve, es el tipo de menor riesgo), NIC -2 (representa una displasia moderada a acentuada) y NIC -3 (representa una displasia severa); y**
- h) **Tumores con presencia de infecciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**
- i) **Padecimientos preexistentes.**

4.10. Problemas y complicaciones del embarazo.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Problemas y complicaciones del embarazo, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.10.1. Definición.

Se cubren únicamente las complicaciones del embarazo de la Asegurada, enunciadas a continuación:

- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Hemorragia obstétrica
- Sepsis y otras infecciones
- Causa obstétrica indirecta no infecciosa
- Diabetes

- Aborto espontáneo, **no Interrupción legal del embarazo (ILE)**
- Dengue
- Causa obstétrica indirecta infecciosa
- Enfermedades respiratorias
- Covid-19

Lo anterior, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos diez (10) meses de Cobertura continua con este seguro al momento del evento.

Se cubrirá el total de la Suma Asegurada correspondiente a lo señalado para esta Cobertura adicional, y siempre que estuviera indicada su contratación en la carátula de póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

4.10.2. Pruebas.

En todos los casos la Asegurada deberá entregar los estudios correspondientes donde se sustente el diagnóstico, considerando los estudios ultrasonográficos e histopatológicos. **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

4.10.3. Exclusiones.

- **Se excluyen las afecciones propias del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- **Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando este sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

4.11. Cirugía mayor.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Cirugía mayor, según consta en la carátula de la póliza, durante la vigencia de la póliza.

4.11.1. Definición.

Se entiende por cirugía mayor a una intervención quirúrgica realizada al Asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiera necesariamente el uso de un quirófano, que tenga complicaciones médicas y que requiera hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento.
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente.

Se cubrirá el total de la Suma Asegurada correspondiente a lo señalado para esta Cobertura adicional, y siempre que estuviera indicada su contratación en la carátula de póliza.

El número máximo de cirugías cubiertas en esta cobertura para cada Asegurado será una por año de vigencia de la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la indemnización de la cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada al (a los) Beneficiario(s), siempre y cuando tuvieran derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en la carátula de la póliza.

4.11.2. Pruebas.

En toda reclamación, el Asegurado deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El Asegurado deberá presentar a la Compañía la forma de declaración que para tal efecto se le proporcione, así como todos los documentos médicos relacionados con la cobertura afectada.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Documentos a presentar en caso de siniestros:

Para validar la veracidad de los hechos que dieron origen al padecimiento que derivó en una la intervención quirúrgica, se solicitará lo siguiente:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio y gabinete que ayuden a corroborar el padecimiento y el procedimiento médico quirúrgico.
- Estudios histopatológicos.
- Nota quirúrgica o resumen clínico con nota de ingreso (para validar que en el momento se encontraba vigente la póliza) enfatizando hora de inicio del tiempo quirúrgico.
- Constancia hospitalaria, con diagnóstico de ingreso y egreso.

4.11.3. Exclusiones.

- **Cirugía estética realizada por cirujano plástico no derivadas de un accidente o enfermedad.**

4.12. Servicios de asistencia.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas que otorgan Servicios de asistencia, según conste en la carátula de la póliza.

Durante la vigencia de la póliza se deberán proporcionar al Asegurado, su cónyuge, hijos menores de 21 años, suegros (padres del cónyuge o concubino reconocido legalmente) y padres sin límite de edad los siguientes servicios.

4.12.1. Asistencia Funeraria.

4.12.1.1. Definición.

En caso de fallecimiento del Asegurado o de alguno de los Beneficiarios de los servicios de asistencia, se brindarán los siguientes servicios, las 24 horas del día los 365 días del año, a través de la red de proveedores funerarios autorizados a nivel nacional.

El límite para este servicio funerario estará determinado con base en el paquete contratado, el cual se especificará en la carátula de la póliza. Los límites de cobertura aplicables por paquete son los siguientes:

- ASISTENCIA FUNERARIA: Hasta el equivalente a \$25,000 pesos
- ASISTENCIA FUNERARIA VIP: Hasta el equivalente a \$50,000 pesos

El límite corresponde exclusivamente al valor máximo del servicio funerario que será proporcionado y no implica el pago directo de dicho monto al Asegurado o sus beneficiarios.

El Proveedor de Asistencias proporcionará los siguientes servicios a nivel nacional:

a. Asistencia Legal Funeraria.

- Asesoría y gestoría para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan. Asesoría para la elaboración de la notificación a acreedores para liberación de deudas.
- En caso de muerte violenta, trámite ante el Ministerio Público y médico forense para liberación del cuerpo y en su caso demanda contra el responsable.

b. Asistencia Funeraria.

- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad.
- Proveer un féretro metálico de corte lineal.
- Preparación del cuerpo para la velación.
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar en que indique el cliente.
- Decorar las salas de velación con sus respectivos arreglos florales.
- Celebración del servicio religioso a cargo de un ministro del culto indicado por el cliente y/o su familia.
- Servicio de Cremación con Urna incluida.

En caso de fallecimiento de más de un Beneficiario de los servicios de asistencia, los servicios funerarios quedarán limitados a un evento y hasta el monto estipulado en la carátula de la póliza.

Limitado a un (1) evento para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

Sujeto a disponibilidad de la red de proveedores en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.
En caso del fallecimiento del Asegurado titular, se considera como evento único y no aplicará para eventos posteriores relacionados con otros Beneficiarios.

4.12.2. Asistencia Salud.

4.12.2.1. Definición.

a. Asistencia Médica Telefónica o Videollamada.

El Proveedor de Asistencias proporcionará a los beneficiarios de los servicios de asistencia contacto inmediato con médicos generales certificados y capacitados, quienes proporcionarán información, asesoría y orientación vía telefónica o por videollamada, las 24 horas del día, los 365 días del año. Proporcionará 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 electrónico 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.

Servicio sin límite de eventos para el beneficiario de los servicios de asistencia, durante la vigencia anual de la póliza.

El equipo médico del Proveedor de Asistencias no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos médicos.

Exclusiones de este servicio:

- a) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva.**
- c) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia haga uso de palabras altisonantes.**
- d) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no cuente con los medios o dispositivos adecuados para poder ofrecer el servicio.**
- e) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no cuente con acceso a internet o no desee conectarse en video.**
- f) No se emiten certificados, ni constancias médicas.**

b. Médico a Domicilio.

A solicitud del beneficiario de los servicios de asistencia, el Proveedor de Asistencias coordinará el envío de un médico general a su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo. Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas, de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, sin costo.

Sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana y donde la infraestructura médica lo permita.

Limitado a un (1) evento sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

Exclusiones de este servicio:

- a) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado o bien incurra en falsedad de información.**
- b) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.**
- c) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia haga uso de palabras altisonantes.**
- d) Cuando el médico del Proveedor de Asistencias determine mediante**

interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atender en domicilio.

e) El servicio de consulta pactado no incluye la aplicación de medicamentos, o cualquier otro tipo de procedimientos como (colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones, curaciones, etc.).

f) No incluye envío de médicos especialistas a domicilio.

g) No se emiten certificados, ni constancias médicas.

c. Estudio Médico.

Servicio de check up médico que consiste en un estudio de laboratorio, a elegir 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:

- Biometría hemática.
- Cultivo de exudado cervicovaginal.
- Densitometría.
- Perfil detección de embarazo.
- Perfil hormonal femenino.
- Electrocardiograma en reposo.
- Ultrasonido mamario.
- Ultrasonido prostático.
- Ultrasonido testicular.
- Química sanguínea 45 elementos.
- Examen general de orina.
- Papanicolaou.
- Colposcopia.
- Mastografía.
- Perfil enfermedades transmisión sexual (SIDA y Sífilis).

Sujeto a disponibilidad de la red de proveedores en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

Por recomendaciones médicas quedan excluidos de este servicio las personas menores de 18 años (si los padres o representantes legales autorizan que se realice Check Up, el Proveedor de Asistencias no se hace responsable).

Los estudios se realizarán siempre y cuando el paciente solicite estudios que médicamente sean aplicables y se presente en las condiciones de cada estudio.

Limitado a dos (2) eventos sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza y sólo aplicará uno de los quince diferentes estudios de laboratorio por evento.

d. Envío y pago de ambulancia.

En caso de emergencia por accidente y/o enfermedad del beneficiario de los servicios de asistencia, se proporcionará el servicio de ambulancia terrestre para trasladarlo al hospital más cercano y/o adecuado, en territorio nacional. Dependiendo de las lesiones o síntomas, se podrá utilizar ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias de cada caso. Se considera emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Beneficiario, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del Beneficiario, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Sujeto a disponibilidad de la red médica en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana y donde la infraestructura médica lo permita.

Limitado a dos (2) eventos sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

Exclusiones de este servicio:

- 1. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
- 2. Autolesiones, suicidio o participación del usuario en actos delictivos intencionales.**
- 3. Enfermedades mentales en donde el paciente se encuentre en estado agresivo, se resista a ser trasladado, que atente contra su salud o ponga en riesgo la del personal médico.**
- 4. No incluye traslados programados, segundos traslados, ni tiempos de espera por parte de la ambulancia para que el paciente sea atendido por el hospital.**
- 5. La falsedad de información condicionará la prestación del servicio.**

e. Consulta Médica en consultorio.

Consulta médica programada en consultorio dentro de la red de proveedores médicos del Proveedor de Asistencias en alguna de las siguientes especialidades: Traumatología, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, pediatría, cirugía general y medicina interna.

El Proveedor de Asistencias proporcionará este servicio toda vez que existan las condiciones materiales necesarias donde le indicarán los datos del médico más cercano al lugar donde se encuentre, para así concertar una cita. Las consultas subsecuentes serán con costo para el Beneficiario. No se cubren medicamentos, procedimientos y estudios.

Sujeto a disponibilidad de la red de proveedores en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

Limitado a un (1) evento sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

4.12.3. Asistencia Psicológica telefónica.

4.12.3.1. Definición.

En caso de que el beneficiario de los servicios de asistencia lo requiera contará con el servicio de asistencia psicológica vía telefónica a través de consultas breves y confidenciales, enfocadas en temas como: tanatología, ansiedad, depresión, desempleo, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares y otros desafíos emocionales. Este servicio se proporcionará por los psicólogos que forman parte de la red de proveedores del Proveedor de Asistencias.

Se brindará la atención de forma personalizada, iniciando el interrogatorio correspondiente y visualización básica del paciente, sin proporcionar diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico.

Este servicio es de carácter orientativo y no sustituye tratamientos psicológicos o psiquiátricos de largo plazo.

Servicio sin límite de eventos para el beneficiario de los servicios de asistencia y sin costo adicional, durante la vigencia anual de la póliza. La sesión tendrá una duración máxima de 40 (cuarenta) minutos.

El equipo de psicólogos del Proveedor de Asistencias no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos psicológicos o psiquiátricos de largo plazo.

Exclusiones de este servicio:

- a) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva.**
- c) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia haga uso de palabras altisonantes.**
- d) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no cuente con los medios o dispositivos adecuados para poder ofrecer el servicio.**

e) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no cuente con acceso a internet o no desee conectarse en video.

f) No se emiten certificados, ni constancias médicas.

4.12.4. Asistencia en Viajes.

4.12.4.1. Definición.

a. Pago y envío de médico en viajes internacionales.

Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico al hotel o lugar en donde se encuentre al momento de solicitarlo.

Sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica del Proveedor de Asistencias y donde la infraestructura médica lo permita.

Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas, de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

Exclusiones de este servicio:

a) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado o bien incurra en falsedad de información.

b) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.

c) Cuando el beneficiario de los servicios de asistencia haga uso de palabras altisonantes.

d) Cuando el médico del Proveedor de Asistencias determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atender en domicilio.

e) El servicio de consulta pactado no incluye la aplicación de medicamentos, o cualquier otro tipo de procedimientos como (colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones, curaciones, etc.).

f) No incluye envío de médicos especialistas a domicilio.

g) No se emiten certificados, ni constancias médicas.

Limitado a un (1) evento sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

b. Repatriación por Fallecimiento y Traslado de un Familiar.

En caso de fallecimiento del Asegurado en territorio ulterior al mexicano, el Proveedor de Asistencias proporcionará los medios logísticos para la repatriación del cadáver, restos humanos, o cenizas, hasta el lugar de inhumación, dentro del territorio nacional Mexicano, que el reclamante del servicio de asistencia indique. En caso de ser necesario y requerido, se incluirá los medios de transporte para el traslado de un familiar directo que acompañe la repatriación del beneficiario, el cual consiste en el pago de un boleto de viaje redondo por el medio de transporte idóneo en clase turista, (aérea o terrestre), excluyendo opciones de lujo, desde su lugar de residencia y hasta el lugar del fallecimiento, así como el hospedaje por hasta por tres (3) días para dicho familiar.

Limitado a un (1) evento sin costo hasta el límite señalado.

Este servicio de asistencia estará sujeto a un límite de cobertura de hasta \$150,000 pesos. Si el costo total del servicio excede este límite, la diferencia deberá ser cubierta directamente por el reclamante del servicio.

Este servicio sólo aplica en caso de fallecimiento del Asegurado.

c. Ambulancia en el extranjero.

El Proveedor de Asistencias cubrirá los gastos en su totalidad del traslado del beneficiario de los servicios de asistencia en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado para su atención en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de emergencia, urgencia, enfermedad agravada o accidente. La recepción hospitalaria es responsabilidad del usuario o paciente.

Este servicio se brindará en el extranjero donde la infraestructura médica lo permita. El alcance de la prestación de este servicio está sujeto a la legislación de cada país.

Limitado a un (1) evento sin costo para el beneficiario de los servicios de asistencia durante la vigencia anual de la póliza.

Exclusiones de este servicio:

- a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
- b) Autolesiones, suicidio o participación del usuario en actos delictivos intencionales.**
- c) No incluye traslados programados, segundos traslados, ni tiempos de espera por parte de la ambulancia para que el paciente sea atendido por el hospital.**

4.12.5. Exclusiones.

- **Los médicos de cabina en ninguna circunstancia indicarán tratamiento farmacológico o expedirán recetas médicas.**
- **Para ser válido el servicio deberá haber sido reportado de manera oportuna vía telefónica al Proveedor de Asistencias en el periodo 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 estos 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.**

V. PROCEDIMIENTO

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 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. Comprobación del Siniestro. La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

5.3. Omisiones o Inexactas Declaraciones. El Contratante y el Asegurado al formular las propuestas del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículo 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

5.4. 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 le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se generará por día, a partir de la fecha de vencimiento de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, y hasta el día en que se efectuó el pago.

“Artículo 71. - El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

“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.”

5.5. 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 Compañía 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.

5.6. Pago del seguro. La Compañía pagará el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

VI. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS

6.1. Pruebas. Las indemnizaciones establecidas en estos beneficios se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de que las lesiones que causaron la muerte del Asegurado o alguna pérdida orgánica ocurrieron durante la vigencia de la póliza del seguro al que se adicionan estos beneficios, para que el caso de invalidez pueda conceder dicho Certificado.

6.2. Cancelación Automática. La vigencia de estos beneficios terminará automáticamente para el Asegurado sin necesidad de la declaración expresa por parte de la Compañía al final del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado exceda la establecida en la carátula de la póliza sin que esta sea mayor a 100 años.

6.3. Prima. Estos beneficios están sujetos a la contratación por parte del Contratante o Asegurado y la Compañía concede los mismos mediante la obligación del pago de una prima adicional dependiendo del beneficio elegido.

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 10 de septiembre 2025, con el número CNSF-S0050-0149-2025/CONDUSEF-006882-01.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0149-2025/CONDUSEF-006882-01.

- Para mayor detalle de las disposiciones legales referidas en este documento puede consultar:
<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>
- Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas 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 <http://www.gob.mx/condusef>
Tels. 55 5340 0999 y 1 800 999 8080 - 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