



**Condiciones Generales del
Seguro Individual de Accidentes Personales INTEGRAL**

INDICE

I. Definiciones Generales	4
II. Objeto.....	8
III. Condiciones Generales.....	9
PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS	9
Edad	9
Dependientes.....	10
Incorporación de Asegurados	10
Baja de Asegurados:.....	11
Beneficiarios.....	11
SEGUNDA. DE LA PRIMA	12
Modificación de la Prima	13
Periodo de Gracia.....	13
TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO	13
Vigencia.....	13
Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	14
Rectificaciones y Modificaciones	14
Terminación del Contrato de Seguro	15
Reembolso de Primas	15
Rehabilitación	16
CUARTA. CONTRATACIÓN DEL SEGURO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	16
Mecanismo de Entrega de la Póliza	17
QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN.....	18
Aviso de Ocurrencia del Evento	18
Indemnización.....	19
Revisión de Reclamaciones.....	20
Indemnización por Mora.....	20
SEXTA. MISCELÁNEOS.....	22
Prescripción.....	22
Competencia	23
Comunicaciones	24
Comisión o Compensación Directa	24
Moneda.....	24
Carencia de restricciones	24
Excepción a carencia de restricciones	24
DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	27
IV. CONDICIONES PARTICULARES	28
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.....	28
1. Descripción de la Cobertura.....	28
2. Exclusiones.....	28
3. Comprobación.....	29

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS INCLUYENDO LA VISTA	30
1. Descripción de la Cobertura.....	30
2. Exclusiones	31
3. Comprobación.....	33
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	33
1. Descripción de la Cobertura	33
2. Exclusiones	35
3. Comprobación	37
INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	37
1. Descripción de la Cobertura.....	37
2. Exclusiones	38
3. Comprobación.....	39
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD	40
1. Descripción de la Cobertura	40
2. Exclusiones	40
3. Criterio de Indemnización.	41
4. Comprobación	41

Seguro Individual de Accidentes Personales INTEGRAL

Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (la "**Compañía**"), es la institución de seguros legalmente constituida y autorizada para actuar como tal de conformidad con la legislación mexicana, responsable de pagar las indemnizaciones contratadas en caso de ocurrir un Evento, según lo previsto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares aplicables.

I. Definiciones Generales

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro:

Accidente

Significa acontecimiento que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del Asegurado proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones o la muerte del Asegurado. Tratándose de la muerte del Asegurado por suicidio esta no se considera muerte accidental y se procederá, en términos de lo dispuesto en el Artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro por lo que la Compañía únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada.

Asalto

Es la acción violenta, física o moral, que se ejerce directamente contra una persona con el propósito de desposeerla de su teléfono celular, ya sea mediante amagos o amenazas.

Aeronave

Avión operado por una línea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros en Viajes de itinerario regular, excluyéndose vuelos privados (conocidos como vuelos chárter).

Asegurado

Persona a la que la Compañía ha aceptado otorgarle la cobertura bajo la Póliza y que se encuentra identificada como tal en la Carátula de la Póliza.

Asegurado Principal

Persona física que ha sido designada como tal en la Carátula de la Póliza y que le corresponde realizar la administración de la Póliza respecto de los demás Asegurados y el cumplimiento de las obligaciones que le han sido designadas en el Seguro.

Beneficiario

La(s) persona(s) designada(s) por el Contratante o el Asegurado para solicitar cualquier beneficio, ocurrida la muerte del Asegurado.

Cáncer

Término aplicado al crecimiento ilimitado, no controlado y esparcido de células malignas con invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes. El cáncer debe ser confirmado por evidencia histológica de malignidad por un oncólogo o patólogo calificado.

Carátula de la Póliza

Documento que forma parte integral de la Póliza y que detalla, entre otras cosas, los beneficios contratados, la Fecha Efectiva, el nombre del Contratante y/o Asegurado Principal y, en su caso, sus, Dependientes, número de Póliza y Prima.

Contratante

Es la persona física o moral designada como tal en la Carátula de la Póliza, ya sea el Asegurado Principal o una tercera persona, que celebra con la Compañía, por cuenta propia o por cuenta del Asegurado Principal, el Seguro, y que adicionalmente es directamente responsable ante la Compañía por el pago de la Prima.

Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables, la Solicitud, la Carátula de la Póliza, los Endosos que se agreguen, así como el comprobante de pago de la prima de este seguro, los cuales constituyen prueba sobre la existencia del seguro.

Compañía

Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Cuadro de Beneficios Cubiertos

Condiciones bajo las cuales la Póliza fue aprobada para cada uno de los Asegurados contenidas en la Carátula de la Póliza y que contiene los beneficios y cualquier restricción específica a la cobertura del Asegurado en particular o de la Póliza en general.

Deducible

Cantidad señalada en la Carátula de la Póliza a cargo del Asegurado que se le descuenta de la indemnización por cada Evento.

Dependientes

Serán consideradas las personas que señale el Contratante o Asegurado Principal.

Diagnóstico

Dictamen elaborado por un Médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas o signos, apoyándose en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Domicilio

Lugar habitual de residencia del Asegurado ubicado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

Endoso

Documento modificador de la Póliza que se anexa a la misma, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para ampliar, aclarar, modificar o restringir la cobertura de esta Póliza.

Enfermedad

Alteración de la salud de una persona, la cual afecta el funcionamiento normal del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico médico. Tratándose de la muerte del Asegurado por suicidio esta no se considera muerte por Enfermedad cubierta y se procederá, en términos de lo dispuesto en el Artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro por lo que la Compañía únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada.

Fecha de Vencimiento de la Prima

Es la fecha en la que la Prima tiene que ser efectivamente pagada por el Contratante o el Asegurado Principal.

Fecha de Terminación

Es la fecha indicada en la Carátula de la Póliza en la que termina la cobertura del seguro para cada uno de los Asegurados.

Fecha Efectiva

Es la fecha indicada en la Carátula de la Póliza en la que la Compañía acepta la oferta de asegurar a los Asegurados y por lo tanto, comienza la cobertura del seguro para cada uno de los Asegurados.

Hospitalización

Reclusión del Asegurado en un Hospital por recomendación médica y bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período continuo mínimo de 24 (veinticuatro) horas.

Hospital

Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal. Se encontrará comprendido dentro de esta definición clínicas y sanatorios. Esta definición no comprende centros especiales para tratamiento de: alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales, reposo, convalecencia o descanso para ancianos, curas de reposo o rehabilitación.

Médico

Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulada legalmente y autorizada para ejercer la profesión médica. No deberá ser el Asegurado, su cónyuge o concubino ni los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o que tengan parentesco civil.

Padecimiento Preexistente. Cualquier síntoma y/o signo que se presente antes del Alta del Certificado de cada Asegurado y que de haberse consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- (a) que previamente al Alta de Certificado, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que 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 la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- (b) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Pérdida Orgánica

La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano, o de los dedos pulgar o índice o su anquilosamiento total; Por pérdida de un ojo, se entenderá tanto la pérdida física del ojo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Periodo de Beneficio

Es el periodo que inicia en la Fecha Efectiva de la Póliza y termina a la Fecha de Terminación.

Periodo de Espera

Es el lapso de tiempo señalado en la Carátula de la Póliza que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir de la Fecha Efectiva, para que el Asegurado se encuentre cubierto en el cuál no se deberán presentar signos o síntomas de la Enfermedad para que se considere cubierto un Evento.

Tratándose de vigencias anuales, este periodo será aplicable por única ocasión y no tendrá efecto cuando el seguro se renueve de manera ininterrumpida.

Durante el Período de Espera, el Asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización, en caso de ocurrir el Evento según se describe en las coberturas. **Lo anterior en el entendido de que si los síntomas de la Enfermedad surgen durante el Periodo de Espera o el Evento ocurre antes de que haya transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, la reclamación no será procedente.**

Prima

Significa la cantidad de dinero que debe pagarse a la Compañía en la forma y términos convenidos por las coberturas contratadas. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de ser aplicable, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reembolso

Es el sistema mediante el cual la Compañía liquidará al Asegurado los gastos médicos cubiertos en que incurra y que haya pagado directamente al prestador de servicios.

Siniestro o Evento

Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las Lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que son derivadas del mismo.

Solicitud de Seguro

Declaración escrita contenida en el formulario diseñado por la Compañía y llenada por el Asegurado Principal y/o Contratante, la cual contiene información sobre el Asegurado Principal y sus Dependientes, para ser usada por la Compañía con el propósito de determinar su asegurabilidad.

Suma Asegurada

Límite de responsabilidad señalada en la Carátula de la Póliza que tendrá la Compañía frente a un Asegurado por cada Evento o Siniestro.

Tratándose de Reembolsos, la Suma Asegurada será la cantidad máximo que pagará la Compañía por cada Evento conforme al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado.

II. Objeto

Este seguro cuenta con diferentes beneficios y de acuerdo al producto podrá elegir de entre las mismas la o las que desea integrar en el seguro a ofrecer y que aparecerán expresamente contratadas en la Carátula de la Póliza.

El seguro brinda cobertura en el ámbito nacional y/o internacional, según lo señalado en la Carátula de la Póliza, respecto de cada Asegurado durante el Periodo de Beneficio. **Este seguro no tendrá cobertura internacional en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal, tuvieren interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales conforme a la Lista del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, como son: la República Árabe Siria, República del Sudán, República Islámica de Irán y la República Popular Democrática de Corea (Corea del Norte).**

La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a la indicada en la Carátula de la Póliza.

Cualquier Enfermedad o Evento que no se definen específicamente en este Contrato de Seguro y no se encuentre expresamente contratado **no está cubierto**.

Con el pago de la Suma Asegurada termina automáticamente la protección de la cobertura afectada y en el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

III. Condiciones Generales

PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Edad

Serán elegibles para las coberturas dentro del Contrato de Seguro como Asegurados, las personas que tengan entre 18 (dieciocho) y 69 (sesenta y nueve) años, como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas diferentes en las condiciones particulares aplicables a cada cobertura.

En caso de que las edades límite señaladas se modificasen, esta característica deberá especificarse mediante Endoso a la documentación contractual que acompaña a la Póliza.

El Contratante o Asegurado Principal deberá indicar la fecha de nacimiento de cada Asegurado en la Solicitud de Seguro. En caso de requerirse, la edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir la cobertura respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su emisión, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva.

No obstante la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la Fecha Efectiva;

- b. Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la Fecha Efectiva. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en la Solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en la Carátula de la Póliza o extenderá al Asegurado otro comprobante; en éste caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el Asegurado o los Beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la Compañía, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los Beneficiarios de la Póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.

Dependientes

El Contratante o Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía la inclusión como Asegurados dentro de su Póliza a los Dependientes siguientes:

El cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal y los hijos, hijastros y nietos bajo tutela del Asegurado Principal.

Previa autorización de la Compañía atendiendo las circunstancias de cada caso, se podrán considerar como Dependientes y por lo tanto adicionar como Asegurados a otros menores de edad que se encuentren bajo el cuidado del Asegurado Principal.

Incorporación de Asegurados

En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá solicitar incorporar nuevos Asegurados elegibles mediante la presentación de la Solicitud de Seguro, debiendo realizar el pago de la Prima adicional correspondiente. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que

se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Asegurado Principal la aceptación o rechazo de su Solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su recepción.

Cualquier ingreso durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

Baja de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente de la Póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la Compañía. En este caso, la Compañía restituirá al Asegurado Principal el 60% de la prima de Tarifa (Carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional. En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Principal dirigido a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. El Reembolso correspondiente se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

En caso que un Asegurado no estuviere satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá solicitar a la Compañía su exclusión de la Póliza dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que fue notificada su aceptación, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Asegurado Principal el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia. El Reembolso de la prima se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales a su solicitud.

En caso de que el Asegurado Principal desee cancelar esta Póliza dentro de los 30 (treinta) días de haber recibido la Póliza, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Asegurado Principal el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde la Fecha Efectiva.

Beneficiarios

Salvo designación expresa, se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier tiempo, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Compañía.

“Advertencia:

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

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

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.”

SEGUNDA. DE LA PRIMA

La Prima se calculará por cada Asegurado y por cada beneficio. El Asegurado Principal y/o Contratante pagará la prima así como las primas necesarias para la adición de sus Dependientes a la Póliza en la Fecha Efectiva.

Los pagos podrán efectuarse mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque, pago referenciado en depósito en sucursal o transferencia electrónica de fondos a una cuenta de la Compañía.

El Contratante deberá pagar la prima a la Compañía en un sólo pago. Las partes podrán acordar el pago fraccionado de las primas, de acuerdo a las políticas vigentes de la Compañía, y pagando el recargo correspondiente al modo de pago. En caso de Siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo pendiente de cubrir de la prima previamente a que se efectúe el pago.

Mediante petición escrita, el Contratante puede solicitar modificación en el plazo de pago de la prima, con el ajuste apropiado del caso; en el entendido de que ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

En caso de pago en fracciones, la primera parcialidad vence en la Fecha Efectiva. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. En ambos casos, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 45 (cuarenta y cinco) días naturales contado a

partir del vencimiento de la parcialidad correspondiente para liquidarla. En caso de realización del Siniestro durante los periodos de gracia antes referidos, la Compañía deducirá de la indemnización debida, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, una vez transcurrido el periodo de gracia.

En el evento de que el Contratante no pague las Primas contraídas en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Modificación de la Prima

La Compañía se reserva el derecho, a la fecha de terminación de la Póliza, de modificar el monto de la prima de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para lo cual se dará aviso al Contratante con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de terminación de la Póliza, con el fin de que durante dicho plazo el Contratante manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones.

Periodo de Gracia

La prima vencerá al inicio de cada periodo para el que resulte calculada. A partir de esa Fecha de Vencimiento de la Prima, el Contratante tendrá un “**periodo de gracia**” de cuarenta y cinco días naturales para efectuar el pago correspondiente. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán de forma automática los efectos del contrato a las veinticuatro horas del último día de dicho plazo.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Principal. La prima debe ser pagada en la Fecha de Vencimiento de la Prima o dentro del Periodo de Gracia establecido.

TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO

Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha Efectiva especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia en la Fecha de Terminación estipulada en la mencionada Carátula de la Póliza.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

Los solicitantes están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de conformidad con la Solicitud del Seguro los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean del conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Seguro.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la Solicitud de Seguro, aun cuando no haya influido en la apreciación del riesgo, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Seguro. La Compañía comunicará de forma auténtica al Contratante o Asegurado Principal la rescisión del Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del Contratante o del Asegurado Principal al celebrar el Seguro, deberá ser reintegrado inmediatamente a la Compañía por el Contratante.

En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante y los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento de tal circunstancia.

Si la información falsa o inexacta hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el Seguro conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el Seguro devolviendo al Asegurado el 60% de la prima de Tarifa (Carátula de póliza: Prima Neta) no devengada al momento de dicha rescisión, sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional.

Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) 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.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito de

las partes contratantes y haciéndose constar mediante Endoso en términos de la legislación aplicable. La Compañía no quedará obligada por ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de la Fecha Efectiva, hecha por ningún Agente de Seguros pues éstos carecen de facultades de representación para modificar las condiciones del Contrato de Seguro.

Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro podrá terminar por las siguientes causas:

- a.** Falta de pago de la prima pactada al vencimiento del Periodo de Gracia,
- b.** Pérdida del Asegurado de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad;
- d.** Traslado definitivo del Asegurado a un nuevo País de Residencia;
- e.** La falsedad en la información suministrada a la Compañía
- f.** Cuando el Asegurado decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que se pretenda dar por terminada la Póliza. La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente; y
- g.** La Compañía también podrá rescindir la Póliza en cualquiera de los casos en que la legislación aplicable lo autorice.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si se demuestra que el Contratante, y/o cualquier Asegurado o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Reembolso de Primas

En caso de que el Asegurado Principal desee cancelar esta Póliza dentro de los 30 (treinta) días de haber recibido la Póliza, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Asegurado Principal el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Adicionalmente, si el Asegurado Principal opta por la terminación anticipada de su Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la Póliza, la Compañía efectuará la devolución del 60% de la prima de Tarifa (Carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional. En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Principal dirigido a la Compañía.

En cualesquiera de las supuestos anteriores, la Compañía se compromete a devolver al Asegurado Principal y/o Contratante la Prima que corresponda dentro de los 10 días hábiles posteriores a la

recepción de la notificación de terminación o en aquellos casos en los que la Compañía no cuente con los datos de identificación necesarios para realizar la devolución correspondiente, cuando éstos sean entregados a la Compañía. Salvo que aplicase algún descuento o compensación conforme a lo previsto en estas condiciones generales, la devolución de las Primas se realizará utilizando el mismo método de pago utilizado por el Contratante y/o Asegurado Principal para el pago de la Prima. En caso de que así lo solicite la Compañía, el Contratante y/o Asegurado Principal estarán obligados a proporcionar los datos de identificación del medio de pago que se requieran para llevar a cabo la devolución correspondiente.

Rehabilitación

Si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, la Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la rehabilitación de la Póliza conforme a las políticas vigentes. Para iniciar el proceso de rehabilitación, es necesario solicitarlo por escrito a la Compañía o mediante comunicación con la Compañía al número telefónico o dirección de correo electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza.

CUARTA. CONTRATACIÓN DEL SEGURO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

La Compañía, de conformidad con el Artículo 1803 del Código Civil Federal, podrá poner a disposición del Contratante medios electrónicos para la contratación de este Seguro y para la solicitud de un duplicado de la Póliza, entendiéndose que la oferta se realiza entre presentes, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio electrónico, sin fijación de plazo para aceptarla. Entre los medios electrónicos que la Compañía y el Contratante reconocen se encuentra la vía telefónica y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin, así como por internet (en adelante los "**Medios Electrónicos**").

Al acordar la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, la Compañía, proporcionará al Contratante, al momento de la contratación, la siguiente información:

- a. El número de Póliza y/o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- b. El nombre comercial del Seguro o los datos de identificación del mismo;
- c. Dirección de la página electrónica en Internet en donde el Contratante y los Asegurados puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- d. Los datos de contacto de la Compañía para la atención de dudas, Siniestros o quejas;
- e. La información y datos de contacto para efectuar la cancelación de la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente;
- f. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía; y
- g. La forma en que se proporcionará la Póliza y las presentes condiciones generales en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la contratación, en el entendido de que si el último día para la entrega es inhábil, se deberá entregar a más tardar al día hábil siguiente.

Los medios y las claves de identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por la Compañía como por el posible Contratante durante la contratación del Seguro. Por claves de identificación (las “Claves de Identificación”) se entiende aquellos datos personales del posible Contratante y/o Asegurados que los identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto, entre otros.

En caso de que se realice la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, se deberán cumplir con los requisitos y proporcionar los medios de autenticación requeridos conforme a las disposiciones aplicables, incluyendo sin limitar contraseñas o claves de acceso y al finalizar la operación, se generará como medio de confirmación un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los Medios Electrónicos, debiéndose notificar la operación realizada. Dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante material de la operación realizada tendrá todos los efectos que las leyes atribuyen a los mismos.

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

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

El Contratante y los Asegurados reconocen y aceptan que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para ellos, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal como: guardar todos sus documentos y registros financieros bajo llave y en un lugar seguro de su casa, recoger su correspondencia lo antes posible y notificar a los remitentes de inmediato cualquier cambio de domicilio. No comparta ni publique en internet más información de la necesaria y configure sus niveles de privacidad. Antes de compartir su información, verifique la identidad de quien la solicita, pregunte por qué la necesita, cómo la protegerá y si habrá alguna consecuencia si no les da su información.

Mecanismo de Entrega de la Póliza

La Póliza o certificado y las condiciones generales de su seguro, incluyendo el folleto explicativo serán enviadas vía correo electrónico en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado, o bien, al domicilio proporcionado por el Contratante, a elección del solicitante, contratante o asegurado, en un plazo de 30 días naturales a partir de la contratación del seguro. En caso de que no sea recibida la Póliza, el Contratante podrá contactar a la Compañía para el envío correspondiente.

QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) tenga(n) conocimiento de la realización de Evento y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, teniendo como límite el plazo de 2 años.

Para el pago de la indemnización, el Asegurado, o en su caso el Beneficiario deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

- Declaración del Evento a la Compañía en los formatos que la misma proporcione;
- Documentos de identificación:
 - Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
 - Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;
- Documentación específica señalada en cada cobertura para comprobar la ocurrencia del Evento. En caso de que los documentos se encuentren redactados en idiomas extranjeros, se deberá presentar una traducción de los mismos al castellano o al inglés.

En caso de que la reclamación sea presentada por el Beneficiario, se deberá presentar también la siguiente información de identificación:

- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;

- Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario.
- En caso de ser el cónyuge del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de matrimonio.
- En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2(dos) años o tienen un hijo en común.
- En caso de ser hijo del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del, copia certificada para cotejo) y copia del testamento o del resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites aplicables, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido todos informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del siniestro, las circunstancias de su realización, las consecuencias del mismo y los documentos necesarios para la debida identificación del cliente.

En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o la reclamación fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo adicional al original para resolver la reclamación y efectuar el pago correspondiente.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Asimismo, la Compañía podrá solicitar toda la información que considere necesaria a los Médicos y/o Hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del Evento, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, la Compañía podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por cualquier otra causa prevista por ley.

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su necropsia (en caso de muerte) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y

expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otros terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones y será mantenida en total confidencialidad.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no se le remita a la Compañía a tiempo la documentación que esta solicite, en términos de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Revisión de Reclamaciones

Si el Asegurado o Beneficiario estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios del Contrato de Seguro, podrá enviar por escrito una reclamación a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales, la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Independientemente de lo anterior, el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a que tiene derecho de conformidad con lo dispuesto en la cláusula de **Competencia** de estas Condiciones Generales.

Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de

Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;*
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;*
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.*

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o*

árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

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

SEXTA. MISCELÁNEOS

Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ("**CONDUSEF**"), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico ("**CONAMED**").

La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje ante la CONAMED, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la Carátula de la Póliza.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Carátula de la Póliza, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado (en caso de contar con su domicilio) para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Contratante y/o al Asegurado o a sus respectivos causahabientes tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca de éstos.

Comisión o Compensación Directa

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante o 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.

Moneda

Salvo que se indique lo contrario en la Carátula de la Póliza, todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con 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 disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que a la contratación 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 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 los establecido en los artículos antes citados sea de carácter nacional o extranjero 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 Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o las disposiciones que en su caso correspondan en las Disposiciones 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 la Compañía 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.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato 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.

Para atención al Asegurado:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 44 y 01800 212 5577

De lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Atención de urgencias las 24 hrs. (52 55)50 47 25 46 01800 212 5588
Gratuito desde EE.UU (855) 725-4472 y resto del mundo (305) 961-1606

Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com;

Página de internet: www.palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del.,
Cauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México de lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com;

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, Ciudad de México de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx/index.php>.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

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 ___ de _____ de _____, con el número _____.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a) Solicitar a los Agentes, la identificación que los acredite como tales;
- b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes;
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b) Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas; y
- c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

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 ___ de _____ de _____, con el número _____.

IV. CONDICIONES PARTICULARES INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza correspondiente, en una o varias exhibiciones, si el Asegurado fallece como consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes al Accidente.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

- a) Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:
- b) Cualquier Accidente que ocurrió antes de la Fecha Efectiva de la Póliza.
- c) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.
- d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, descenso en ríos (*rafting*), cuerda elástica (*bungee*), rappel, moto acuática (*jet-ski*); carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.
- f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militar, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.
- h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o

bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- i) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
- j) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
- k) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
- l) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un Accidente; cuando el Accidente que los ocasione haya ocurrido fuera del Periodo de Beneficio.
- m) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- n) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- o) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- p) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.
- q) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta; y
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS INCLUYENDO LA VISTA

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la Tabla de Indemnizaciones contratada por el Contratante o Asegurado Principal (pudiendo elegir entre las Escalas A o B), la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada según la Escala señalada en la Carátula de Póliza:

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida Orgánica	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano y un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	-	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%
Amputación parcial de un pie componiendo todos los dedos	-	30%
Sordera completa de los	-	25%

oídos		
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	-	15%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación metacarpo falángica o metatarso-falángica, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos), lo que corresponde a la pérdida de dos o más falanges de cualquiera de los dedos, ya sea de la mano o del pie según corresponda;
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.
-

En caso de que en la fecha del Accidente, el Asegurado ya hubiere sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o hubiere perdido la vista en uno o ambos ojos, antes de la Fecha Efectiva de la cobertura indicada en la Carátula de la Póliza esa Pérdida Orgánica no será incluida cuando se determinen la indemnización a pagarse.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada máxima para esta cobertura.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la pérdida orgánica fuere consecuencia de lo siguiente:

- a) Cualquier Accidente que ocurrió antes de la Fecha Efectiva de la Póliza.**
- b) Cualquier Evento diferente a un Accidente.**
- c) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas,**

alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico.

- d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales incluyendo: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, descenso en ríos (*rafting*), cuerda elástica (*bungee*), rappel, moto acuática (*jet-ski*); carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.
- e) Lesiones ocurridas durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militar, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, , disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- f) Lesiones ocurridas durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.
- g) Lesiones ocurridas durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- h) Lesiones por envenenamiento, incluyendo picaduras de insecto o por inhalación de humos o gases.
- i) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico.
- j) Lesiones por participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo o tumulto popular.
- k) Accidentes en Aeronaves, excepto como pasajero de una Aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
- l) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- m) Lesiones auto infligidas por el Asegurado,
- n) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y

otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- o) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.**
- p) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de ser aplicable;
- Constancia del médico que acredite la Pérdida Orgánica.

INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanentemente a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza correspondiente. Para ser procedente el pago de la indemnización, la Invalidez Total y Permanente se debe manifestar dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del Accidente.

Se entiende por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta Invalidez Total y Permanente, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula de la Póliza, a la pérdida total de facultades o aptitudes con que contaba el Asegurado a la Fecha Efectiva se vean afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar el trabajo o actividad remunerada que realizaba como principal fuente de ingresos al momento de ocurrir el Accidente de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un lapso de tiempo mayor al Periodo de Espera y no exista un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica aprobados por la Secretaría de Salud o

autoridad mexicana competente a la fecha del Accidente o Enfermedad para revertir los efectos de la invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

1. Si el Asegurado por razones de salud no es candidato al tratamiento médico y/o intervención quirúrgica o si después de haberse sometido éstos no se revierten los efectos de la invalidez; y
2. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Para los efectos de este contrato, se entiende por Pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el número de días naturales definido en la Carátula de la Póliza y posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca.

En los casos de pérdidas irreparables referidas en el inciso 2. anterior, no operará el Periodo de Espera señalado.

En caso que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como la Invalidez Total y Permanente cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) "Actividades Cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades Cotidianas.

- ☐ Bañarse, entendiéndose por ésta la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- ☐ Vestirse, entendiéndose por ésta la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- ☐ Trasladarse, entendiéndose por ésta la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- ☐ Movilidad, entendiéndose por ésta la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- ☐ Uso de Sanitario, entendiéndose por ésta la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de

higiene personal;

☐ Alimentación, entendiéndose por ésta la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el periodo continuo de 6 meses referido anteriormente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Por Pérdida se entenderá la amputación quirúrgica o traumática del miembro u órgano detallado en la Escala de indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente, en virtud de una lesión física causada por un Accidente cubierto, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un Médico como permanente, además de que no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

Se encuentra excluida cualquier Enfermedad o evento diferente de una Invalidez Total y Permanente cubierta.

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la Invalidez Total y Permanente ocurra como consecuencia de lo siguiente:

- (a) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o bajo los efectos de alucinógenos, somníferos o drogas, excepto si fueron prescritos por un Médico.**

- (b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando cualquier de las actividades deportivas siguientes: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, descenso en río (*rafting*), cuerda elástica (*bungee*), rappel, moto acuática (*jet-ski*); carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, o la práctica de cualquier deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se haya eliminado vía Endoso.
- (c) Cualquier Accidente que ocurrió antes de la Fecha Efectiva.
- (d) La participación directa del Asegurado en guerra civil o militar declarada o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (e) La participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- (f) La prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo, fuerzas de rescate y bomberos, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (g) La participación del Asegurado en cualquier acto delictuoso, empresa criminal, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo o tumulto popular.
- (h) Volar en avión, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía que flete aviones para proveer transporte regular entre aeropuertos y/o helipuertos autorizados comercialmente.
- (i) Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de asistencia social o semejantes, como "invalidez accidental", en las cuales el evento causante de la lesión no se apegue íntegramente al concepto de Invalidez Total y Permanente de estas Condiciones Generales.
- (j) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas aquellas que se hubieren manifestado antes de la Fecha Efectiva. Complicaciones consecuentes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del accidente cubierto.
- (k) La jubilación por invalidez concedida por instituciones oficiales de seguridad pública, o semejantes, no caracteriza, por si sola, el estado de invalidez permanente previsto en ésta cobertura.

- (I) **Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, por causa de un Accidente cubierto.**

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

☐ Dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional expedida o avalada por autoridad competente, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente.

☐ El dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución de salud pública o Médico, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte del Asegurado, la Compañía reembolsará los gastos funerarios a los Beneficiarios, respecto de los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado al lugar designado por el Beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los Beneficiarios.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 69 (sesenta y nueve) años de edad.

Tratándose de menores de 12 años, la Suma Asegurada no podrá ser mayor de 60 veces la Unidad de Cuenta Vigente en la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- a) Cualquier Accidente que ocurrió antes de la Fecha Efectiva de la Póliza.**
- b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- c) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, descenso en ríos (*rafting*), cuerda elástica (*bungee*), rappel, moto acuática (*jet-ski*); carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.**
- e) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**
- f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine o modifique vía Endoso.**
- g) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- h) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- i) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o**

- medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
- j) Participación intencional en actos delictuosos o criminales como sujeto activo o provocador, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
 - k) Accidentes en Aeronaves, excepto como pasajero de una Aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
 - l) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un Accidente; cuando el Accidente que los ocasione haya ocurrido fuera del Periodo de Beneficio.
 - m) Abortos, cualquiera que sea su causa.
 - n) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
 - o) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - p) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero sujeto a un itinerario establecido, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta específica y establecida para el transporte de pasajeros.
 - q) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta;
- Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto; y
- Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en la Carátula de la Póliza si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Tratándose de Hospitalización por Enfermedad, será necesario cubrir el Período de Espera señalado la Carátula de la Póliza, para que tenga efecto esta cobertura, salvo que el Evento sea resultante de una Urgencia Médica. Se entiende por Urgencia Médica la aparición fortuita de una Enfermedad aguda que no se derive de un Padecimiento Preexistente y ponga en peligro la vida, un órgano o una función vital del Asegurado que requiere atención inmediata.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal, tuvieren interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales conforme a la Lista del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, como son: la República Árabe Siria, República del Sudán, República Islámica de Irán y la República Popular Democrática de Corea (Corea del Norte).**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**
- (c) Cirugías que no sean médicamente necesarias.**
- (d) Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.**
- (e) Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.**
- (f) Enfermedades sexualmente transmisibles.**
- (g) Convalecencia, senilidad o reposo.**
- (h) Tratamiento médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades.**
- (i) Enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.**
- (j) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.**
- (k) Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualesquier otra causa física que atente masivamente a la población.**

- (l) Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, SPA's, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
- (m) Internamiento residencial.
- (n) Tratamientos y/o cirugías ambulatorios.
- (o) Miopía, astigmatismo o presbiopía.
- (p) Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y chequeo médico (*check-up*).
- (q) Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales.
- (r) Cirugías para cambio de sexo.
- (s) Gastroplastía reductiva.
- (t) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
- (u) Hospitalización a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de éste seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

Estas condiciones generales se encuentran disponibles en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con el número de registro 0000-000-000000/00-00000-0000.

“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 28 de Noviembre del 2016, con el número PPAQ-S0119-0112-2016”.