



Plan de Vida



Insurance
Services



ÍNDICE

I. Objeto del Seguro	3	d) Subrogación	12
II. Leyes Aplicables	3	8. Exclusiones	12
III. Definiciones	3	VI. Cláusulas Generales	13
1. Accidente	3	1. Vigencia	13
2. Asegurado o Integrante	3	2. Designación de Beneficiarios	13
3. Beneficiario	3	3. Incremento automático de la Suma Asegurada	14
4. Certificado	3	4. Pago de la Prima	14
5. Compañía	3	5. Moneda	14
6. Consentimiento	3	6. Corrección del Contrato de Seguro	15
7. Contratante	3	7. Omisiones o Inexactas Declaraciones	15
8. Enfermedad Preexistente	3	8. Notificaciones	15
9. Grupo Asegurado	3	9. Rehabilitación	15
10. Póliza o Contrato de Seguro	3	10. Carencia de Restricciones	15
11. Prima	3	11. Suicidio	16
12. Relación de Integrantes	3	12. Comprobación del Siniestro	16
13. Siniestro	3	13. Verificación de la Edad	16
14. Suma Asegurada	4	14. Pago del Seguro	16
IV. Descripción del Seguro	4	15. Intereses Moratorios	16
1. Características del Grupo Asegurado	4	16. Impuestos	16
2. Cobertura por Fallecimiento	4	17. Prescripción	16
a) Edades de Aceptación	4	18. Competencia	17
b) Edad de Renovación	4	19. Terminación del Contrato de Seguro	17
3. Cobertura por Muerte Accidental(DI)	4	20. Revelación de Comisiones	18
a) Edades de Aceptación	4	21. Prelación	18
b) Edad de Cancelación	4	22. Comercialización por venta telefónica	18
c) Exclusiones	4	VII. Procedimientos	19
V. Beneficios Incluidos	5	1. Certificados Individuales	19
1. Anticipo por Fallecimiento	5	2. Relación de Integrantes	19
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	5	3. Regla para Determinar Suma Asegurada	19
3. Servicios de Asistencia Médica	8	4. Administración de la Póliza	19
a) Definiciones	8	4.1 Sistema a Declaración	19
b) Servicio de Asistencia Médica	9	a) Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	20
1. Beneficio en Kilómetro "0"	9	-Ingreso en el Grupo Asegurado	20
2. Beneficio en Kilómetro "0" y en Viaje	10	-Bajas en el Grupo Asegurado	20
3. Acceso a la Red Descuentos	10	b) Ajuste de Primas	20
4. Traslado Médico	11	5. Modificaciones	20
5. Servicios de Asistencia en Viajes Nacionales	11	a) Cambio de Forma de Pago de las Primas	20
6. Obligaciones del Beneficiario	11	b) Cambio de Beneficiarios	21
a) Solicitud de Asistencia	11	6. Reconocimiento de Antigüedad	21
b) Traslado Médico	11	7. Renovación	21
7. Normas Generales	12	VIII. Artículos Citados	22
a) Mitigación	12	IX. Abreviaturas	28
b) Cooperación con el Prestador de Servicios de Asistencia	12	X. Registro	28
c) Prescripción de las Reclamaciones	12		



I. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la “Relación de Integrantes” de la Póliza, durante la vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este Contrato de Seguro, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. LEYES APLICABLES

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

III. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato de seguro, se entenderá por:

1. Accidente

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

2. Asegurado o Integrante

Cualquier persona que forma parte del Grupo Asegurado descrito en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.

3. Beneficiario

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

4. Certificado

Es el documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado.

5. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V.

6. Consentimiento

Grabación telefónica o documento en donde consta la aceptación del Asegurado para ser incluido como Integrante de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

7. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del contrato del seguro para terceras personas y que, además, se compromete a realizar el pago de la prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

8. Enfermedad Preexistente

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

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

9. Grupo Asegurado

Es un conjunto de personas que mantienen un vínculo común lícito por su calidad de tarjetahabientes, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que han dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

10. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurados como son la carátula de la Póliza, la Relación de Integrantes, Certificados, las condiciones generales y sus endosos.

11. Prima

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

12. Relación de integrantes

Es el registro de asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

13. Siniestro

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



14. Suma Asegurada

Este Contrato de Seguro cuenta con diversos montos de Suma Asegurada, mismas que son elegidas por el Asegurado y serán el límite máximo de responsabilidad de la Compañía. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado, Relación de Integrantes o en los endosos correspondientes.

IV. DESCRIPCIÓN DEL SEGURO

1. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que mantengan un interés común lícito, previo e independiente y que se adhieren a este Contrato de Seguro de forma voluntaria quedando a su cargo el pago de la Prima.

Además, los asegurados deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que hayan dado su aceptación telefónica o que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía para tomar parte del Grupo Asegurado.
- b) Que hayan elegido el monto de la Suma Asegurada.
- c) Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza

El Asegurado podrá mantener un plan de seguro de vida "Plan de Vida 2.1" vigente con esta Compañía.

2. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de las Primas de conformidad con el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos asegurados, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada con base en los términos estipulados por el Contratante y la Compañía, conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

- a) **Edades de Aceptación**
Las edades de aceptación establecidas por la Compañía son las comprendidas entre los 18 (dieciocho) hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.
- b) **Edad de Renovación**
La edad máxima de renovación para el Asegurado será hasta los 70 (setenta) años.

3. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (DI)

En caso de que algún o algunos de los asegurados sufra un Accidente y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas de conformidad con el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado individual o en los endosos correspondientes.

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

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental serán los específicamente designados por el Asegurado en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Asegurado.

a) Edades de Aceptación

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

b) Edad de Cancelación

La Cobertura por Muerte Accidental (DI) se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años.

La Cobertura por Muerte Accidental (DI) no se renovará al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de la indemnización cubierta.

c) EXCLUSIONES

La cobertura por accidente no cubre:

1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

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

- aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Eventos y actividades en práctica amateur o profesional relacionada con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.
2. Por los siguientes eventos:
- a) Enfermedad física o mental.
 - b) Suicidio o cualquier intento de suicidio.
 - c) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
 - d) Lesiones que por culpa grave se provoque el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
 - e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - f) Fallecimiento que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el accidente.
3. Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

- a) En caso de fallecimiento por suicidio, hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de:
 - 1. La expedición de la Póliza.
 - 2. De su última rehabilitación.
- b) El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados, del Certificado individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza, expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá hasta \$2,000 Dólares (dos mil Dólares 00/100 USD) sobre el total de la Suma Asegurada vigente a que tiene derecho el Beneficiario y el remanente le será cubierto al Beneficiario una vez que éste presente su reclamación formal a la Compañía.

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

2. ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES

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

Además de las Enfermedades Terminales aquí citadas, cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal – es decir progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce meses) – para ser cubierta por este beneficio, este diagnóstico deberá constar por escrito con fecha y firma del médico

V. BENEFICIOS INCLUIDOS

1. ANTICIPO POR FALLECIMIENTO

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo de \$2,000 Dólares. (Dos mil Dólares 00/100 USD) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado.



tratante del Asegurado, que deberá ser especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Adicional al dictamen presentado, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer la base de la reclamación en términos del Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar por su médico tratante (especialista en la materia) la Enfermedad Terminal, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, en caso de determinar la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados, así como los costos del peritaje. De no proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

a) Infarto al Miocardio

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

en cardiología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

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

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia.
3. Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

c) Accidente Vascular Cerebral

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad,

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

d) **Cáncer**

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ; así como el sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) **Insuficiencia Renal**

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

Se procederá al pago del anticipo cuando:

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

La cantidad que por este beneficio se pague, no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) Salarios Mínimos Generales Anuales Vigentes en el Distrito Federal (SMGAVDF).

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

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una de las enfermedades aquí listadas por única ocasión.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que la Póliza no se encuentre cancelada por falta de pago al momento de la reclamación de este anticipo.
- b) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando la Póliza en vigor.
- c) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- d) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable que su fallecimiento ocurra dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista en la materia



legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

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

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

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

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar su nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

3. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

a) Definiciones

1. Beneficiario

Para este apartado de Servicios de Asistencia Médica, se entiende que el Beneficiario es el mismo Asegurado.

2. Enfermedad

Cualquier alteración en la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico que suceda, se origine o se manifieste durante la vigencia de este Contrato de Seguro.

3. Equipo Médico de Prestador de Servicios de Asistencia

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por parte del Prestador de Servicios de Asistencia a un Beneficiario.

4. Equipo Técnico de Prestador de Servicios de Asistencia

El personal técnico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por parte del Prestador de Servicios de Asistencia a un Beneficiario.

5. Familia

Cuando se mencione el término "Familia" se referirá exclusivamente al cónyuge, concubino(a) o pareja del mismo sexo e hijos menores de 24 años y que dependan económicamente del Titular del certificado individual. En caso de ser soltero el Asegurado, se refiera a padre y madre que dependan económicamente del Asegurado del Certificado Individual.

6. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

7. Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Beneficiario que conste en la solicitud de la Póliza o cualquier otro que sea probado por medios razonables.

8. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona el Prestador de Servicios de Asistencia a los Beneficiarios en los términos de este Contrato de

Seguro, para los casos de Situación de Asistencia de un Beneficiario.

9. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en este Contrato de Seguro, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

10. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje, cuando está a más de 100 kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

b) Servicio de Asistencia Médica

Esta Asistencia Médica ampara al titular del Certificado individual vigente y emitido por AXA Seguros, S.A. de C.V., a su Cónyuge y a su familia.

1. BENEFICIO EN KILÓMETRO “0”

Opera dentro de la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario y hasta el kilómetro 100 (cien) contado a partir del centro de dicha ciudad.

a) Traslado médico de emergencia para tratamientos médicos inexistentes en la Ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario

Cuando el Beneficiario sufra un Accidente o padezca una Enfermedad cuyo tratamiento no existe en los centros de salud de su ciudad habitualmente permanente, se trasladará al Beneficiario a la ciudad más cercana donde se le pueda realizar, con máximos de:

- Monetario de \$10,000 Dólares (Diez mil Dólares 00/100 USD)
- Y además, geográfico los Estados Unidos de América

b) Segunda Opinión Médica a Nivel Mundial

El Prestador de Servicios de Asistencia, llevará a cabo la obtención de una Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad que aporten mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con Centros Médicos de primer nivel internacional.

En todos los casos, la Segunda Opinión Médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el Beneficiario.

Los Servicios de Asistencia no incluyen la concertación de citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

Cuando a criterio del Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, el diagnóstico inicial informado no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica, el Prestador de Servicios de Asistencia informará por escrito a AXA SEGUROS el motivo del rechazo.

c) Confirmación, Corrección y/o Reconfirmación del Diagnóstico

A solicitud del Beneficiario, de su Familia y/o Representante, el Prestador de Servicios de Asistencia le orientará y asesorará para la obtención de:

1. Compilación de la historia clínica y los exámenes complementarios.
2. Selección de un consultor médico nacional o internacional especialista, según sea el caso, en la patología del Beneficiario.
3. Formulación de un pedido de Segunda Opinión Médica en idioma español o inglés, según corresponda.
4. Dar seguimiento a la consulta e informar al Beneficiario ante cualquier requerimiento.
5. Recepción de la respuesta y traducción al español (cuando corresponda).
6. Formulación de nuevas preguntas o reiteración sobre preguntas no contestadas satisfactoriamente, en caso de ser necesario.
7. Entrega al Beneficiario de las respuestas y bibliografía debidamente traducidas, adicionando referencias bibliográficas complementarias.

d) Obtención de Consultas y Tratamientos en el Exterior por Medio de Hospitales y/o Centros Médicos de Primer Nivel Internacional, de acuerdo a la Disponibilidad de los Hospitales o Centros Médicos Mencionados

1. Envío de muestras de tejidos para estudios anatómo-patológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
2. Concertación de citas personales en hospitales y/o centros médicos internacionales ante cualquier requerimiento del Beneficiario o de su médico de cabecera.
3. Gestión de solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.



4. Obtención de la pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.

Nota: Para los beneficios anteriores, se deberá considerar la disponibilidad de fechas de las mencionadas instituciones médicas y sus correspondientes profesionales médicos, según cupo y demanda de dichos servicios y/o productos, los cuales serán con cargo íntegramente al Beneficiario.

2. BENEFICIO EN KILÓMETRO “0” Y EN VIAJE

Operan desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario y hasta toda la República Mexicana.

a) Pago y Envío de Médico a Domicilio

A petición del Beneficiario, se gestionará el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Dicho Beneficiario pagará directamente al médico cada visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta, sin límite de eventos.

b) Orientación Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia le orientará gratuitamente, mediante telefonema sobre problemas menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, sin límite de eventos.

3. ACCESO A LA RED DESCUENTOS

a) Precios Preferenciales con Médicos Especialistas

Cuando el Beneficiario visite a un doctor especialista, el Prestador de Servicios de Asistencia le referirá a obtener:

Todas las consultas del primer nivel de atención o de segundo nivel de especialidad, tendrán un costo preferencial para el Beneficiario, dependiendo de la zona donde se proporcione el servicio.

b) Descuentos y Referencia de Laboratorios Clínicos

Cuando un Beneficiario necesite estudios de Laboratorio como Biometría Hemática, Química Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno prostático, etc., el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, le aconsejará sobre los laboratorios más cercanos a su Residencia Permanente o donde el Beneficiario se encuentre. Los precios a los que acceda el Beneficiario, serán preferenciales, es decir; con descuentos entre el 10% y el 50% sobre los precios regulares, dependiendo del lugar donde se realicen dichos estudios.

c) Descuentos y Referencia para Estudios Médicos de Gabinete y de Imagenología

Estudios de Gabinete (incluye estudios de radiología: Rayos X simples y con medio de contraste, Ultrasonidos, Tomografías, etc.; así como estudios de Electrocardiografía, Electroencefalografía, Endoscopias, etc.), el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, le aconsejará sobre los gabinetes de imagen más cercanos a su Residencia Permanente o donde el Beneficiario se encuentre. Los precios a los que acceda el Beneficiario, serán preferenciales, es decir; con descuentos entre el 10% y el 50% sobre los precios regulares, dependiendo del lugar donde se realicen dichos estudios.

d) Descuentos y Referencia Dental

Cuando un Beneficiario necesite Asistencia Dental, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que se deban tomar. El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, le concertará una cita con un dentista, con un costo preferencial, dependiendo del tratamiento.

e) Descuentos para Paciente Plus

Ofrece descuentos en Medicamentos a domicilio para personas con padecimientos Congénitos o Enfermedades Crónico degenerativas. Este beneficio será proporcionado en la zona metropolitana del D.F. y en las principales ciudades de la República Mexicana.

f) Referencias Ópticas

Se ofrecen costos preferenciales y descuentos con ópticas de reconocido prestigio (Devlyn).

g) Servicios de Enfermería General a Domicilio

A solicitud del Beneficiario, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general al Beneficiario, el Prestador de Servicios de Asistencia gestionará el envío de un(a) enfermero(a) hasta su Residencia Permanente o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo, a precios preferenciales, por cada turno de ocho horas. Este beneficio será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio, al momento en que finalice el turno acordado. Los precios anteriores, serán válidos siempre y cuando no se trate de cuidados intensivos de Enfermería, sin embargo; estos últimos servicios también están sujetos a

precios preferenciales, los cuales dependiendo del lugar donde se proporcionen.

4. TRASLADO MÉDICO

En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad o Accidente, tales que el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, en contacto con el médico que atienda al Beneficiario, recomienden su hospitalización, el Prestador de Servicios de Asistencia gestionará:

a) **El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano;** y

b) **Si fuera necesario por razones médicas:**

1. Y el Beneficiario se encontrare dentro de su ciudad de Residencia Permanente (en kilómetro cero= centro de dicha ciudad y hasta el kilómetro 100 (cien)). El traslado del Beneficiario, se llevará a cabo bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre de terapia intensiva, media o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso, para llevarlo al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario, dentro de su misma ciudad de Residencia Permanente.
2. Pero en caso de que el Beneficiario se encontrare de Viaje (a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su ciudad de Residencia Permanente y como máximo 60 (sesenta) días consecutivos fuera de dicha población). El traslado del Beneficiario, se llevará a cabo bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia terrestre de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.

Este beneficio se otorga, con un máximo de 4 (cuatro) eventos por año y por Familia.

5. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES NACIONALES

Los siguiente Servicios de Asistencia, serán proporcionados a partir de una distancia de 100 (cien) kilómetros del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario y hasta toda la República Mexicana, las 24 (veinticuatro) horas de todos los días del año, en Viajes no mayores a 60 (sesenta) días.

a) Referencia Médica

Cuando un Beneficiario necesite Asistencia Médica, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

1. Por una visita personal de un médico.
2. Concertando una cita con un médico.
3. En un centro hospitalario que será pagado por el Beneficiario.

El Prestador de Servicios de Asistencia no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas. Sin límite de eventos.

6. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

a) Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma del Prestador de Servicios de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

1. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el Prestador de Servicios de Asistencia podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
2. Su nombre y su número de Póliza y/o Certificado.
3. Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia y el Equipo Técnico del Prestador de Servicios de Asistencia, tendrán libre acceso al Beneficiario, para conocer su situación y si tal acceso les es negado, el Prestador de Servicios de Asistencia no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

b) Traslado Médico

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del Prestador de Servicios de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

1. El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
2. El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser



necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende al Beneficiario.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia o sus representantes, deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra, si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia. En cada caso, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

7. NORMAS GENERALES

a) Mitigación

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

b) Cooperación con el Prestador de Servicios de Asistencia

El Beneficiario deberá cooperar con el Prestador de Servicios de Asistencia para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al Prestador de Servicios de Asistencia los documentos necesarios, ayudar al Prestador de Servicios de Asistencia y con cargo al Prestador de Servicios de Asistencia, a cumplimentar las formalidades necesarias.

c) Prescripción de las Reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia, deberá ser presentada dentro de los 90 días de la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

d) Subrogación

El Prestador de Servicios de Asistencia se subrogará, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

8. EXCLUSIONES

Los servicios de asistencia no serán proporcionados en los siguientes casos:

- 1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún médico.**
- 2. En viajes o vacaciones no se brindarán**

al Beneficiario de las Situaciones de Asistencia una vez transcurridos los 60 días naturales del viaje.

- 3. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el Prestador de Servicios de Asistencia.**
- 4. Cualquier tipo de gasto médico y hospitalario.**
- 5. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 6. Las Situaciones de Asistencia causadas por dolo o culpa grave de los Beneficiarios.**
- 7. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - c) La participación de los Beneficiarios en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.**
 - d) Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, nombradas de forma enunciativa, pero no limitativa.**
 - e) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - f) La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - g) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - h) La participación del Beneficiario en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de**

carreras y exhibiciones, así como en pruebas de velocidad, seguridad, resistencia y/o pericia.

- i) Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier Enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Beneficiario y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida antes de iniciar cualquier Viaje.
- j) Embarazos en los últimos 3 (tres) meses antes de la “Fecha Probable del Parto”, así como este último y los exámenes prenatales.
- k) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado, como pueden ser: Gripas, catarrros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc.
- l) Enfermedades mentales o alienación.
- m) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- n) Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por la ingestión de bebidas alcohólicas.
- o) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- p) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- q) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanas a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier

lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás Accidentes del terreno o lugar.

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. Vigencia

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

Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado individual.

2. Designación de Beneficiarios

El contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato del Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

- a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes

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

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



El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del Artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

3. Incremento automático de la Suma Asegurada

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

Las coberturas incluidas que contengan la Póliza y Certificado individual se incrementarán en la misma proporción.

4. Pago de la Prima

El Asegurado pagará la Prima en forma mensual a través de su tarjeta de crédito, en caso de no existir fondos suficientes para aplicar el pago el Asegurado se compromete a acudir a las oficinas de la Compañía para cubrir el pago de su seguro, en caso contrario y de transcurrir el plazo de pago, el Certificado individual se cancelará por falta de pago de Primas de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La Prima o cada una de sus fracciones, vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la primera fracción de ésta. En el caso de las Primas subsecuentes, los pagos vencerán al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones de los Artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, se cancelará en forma automática este contrato.

5. Moneda

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

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

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

La Suma Asegurada se denominará en Dólares de los Estados Unidos de América, y las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional calculados a la fecha en que se efectúe el pago, tomando

en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las Autoridades Competentes.

6. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba el Certificado individual. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones del Certificado individual o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facilitará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho del contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial, aún cuando estos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

8. Notificaciones

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

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

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

9. Rehabilitación

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

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

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

10. Carencia de Restricciones

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

**11. Suicidio**

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

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

12. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al contratante, Asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados relativa a las coberturas adicionales contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la **Ley Sobre el Contrato del Seguro**.

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

13. Verificación de la edad

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

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura. La edad declarada por el Asegurado se deberá comportar antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza, relación de Integrantes y Certificado Individual correspondiente o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por las empresas, la Compañía rescindirá el

Certificado individual del integrante de que se trate y únicamente se devolverá la parte no devengada de la última Prima pagada.

14. Pago del seguro

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

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

15. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el Artículo 176 Bis de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

16. Impuesto

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

En caso de depositarlos o pagos en efectivo de Primas estarán sujetos al IDE (Impuesto sobre Depósitos en Efectivo) vigente al momento de la transacción.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la

Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 81

“Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

I.- En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En 2 (dos) años, en los demás casos.

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

Artículo 82

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros”.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos

50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento, deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen; para reclamaciones por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el Artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE)

Teléfonos: Desde cualquier lugar de la república mexicana: 01 800 737 76 63 (opción 1)

En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1)

Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, C.P. 03200

E- mail: axasoluciones@axa.com.mx

Condusef: Av. Insurgentes Sur 762 Col. Del Valle, Cd. de México, C.P 03100, tel. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 80 80, asesoria@condusef.gob.mx

19. Terminación del Contrato de Seguro

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

- Fecha de término del periodo de Vigencia.
- A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del Contrato de Seguro.
- Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- El Contratante o Asegurado puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha



de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima neta no devengada a la fecha de cancelación.

- e) La Compañía podrá dar por terminado el Certificado individual o el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

20. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

21. Prelación

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

22. Comercialización por venta telefónica

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 36-E de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y la Circular Única, Capítulo 20.5, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del Seguro de Vida, la llamada telefónica que será grabada con fines de calidad en el servicio, o bien, con la intervención del Prestador de Servicios, contratación que cuenta con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado.

El uso de la llamada telefónica o la intervención en la contratación por un Prestador de Servicios para la contratación del Seguro, se regirá de conformidad con los siguientes lineamientos:

- a) El Contratante obtendrá del interlocutor, la información general del Producto de Seguro de Vida.

- b) El Contratante deberá responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en obtener el Seguro ofertado.

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

- d) La Compañía realizará una pregunta precisa sobre la intención del Contratante de renovar en forma automática el Seguro solicitado.

- e) La Compañía proporcionará al Contratante los datos necesarios para la identificación y operación del seguro contratado, incluyendo las características esenciales del Seguro, los datos de contacto para la atención de Sinistros y los datos de contacto de la Unidad Especializada de la Compañía para la atención de quejas y reclamaciones.

- f) En cualquier momento, el Contratante podrá consultar en la página electrónica www.americanexpress.com.mx/seguros las condiciones generales del seguro y obtener copia de las mismas.

- g) Una vez realizada la contratación del seguro, la Compañía enviará al Contratante a través del correo electrónico o al domicilio proporcionado por éste, la carátula de la Póliza del seguro contratado, las condiciones generales aplicables y cualquier otra documentación con la que deba contar el Contratante para conocer los términos y condiciones del seguro, incluyendo, en su caso, los endosos correspondientes. La Compañía se obliga a enviar la documentación antes mencionada dentro de un plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro.

- h) El Contratante también podrá acudir a las oficinas de la Compañía a solicitar la documentación contractual del seguro contratado.

- i) En caso que el Contratante desee solicitar la cancelación de su seguro, podrá hacerlo al teléfono 01 800 911 2639 en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio de cancelación. También podrá hacerlo mediante escrito libre presentado directamente en la Unidad Especializada de la Compañía. Una vez recibida la solicitud de cancelación, la Compañía procederá a cancelar el Seguro.

Al solicitar vía telefónica el Seguro, el Contratante acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a La Compañía.

La Compañía no se hace responsable por (a) la información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante; (b) caso fortuito; (c) fuerza mayor.

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

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

En caso que la persona que efectúe la solicitud no sea el Asegurado, el Asegurado acepta como suyas todas las declaraciones y manifestaciones efectuadas a la Compañía por quien realizó la solicitud.

VII. PROCEDIMIENTOS

1. Certificados Individuales

La Compañía dará a conocer al Contratante del Certificado individual para que éste se los proporcione a los Integrantes del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado individual.
- Nombre del Contratante.
- Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado individual.
- Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura.

- Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter irrevocable de la designación.
- Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Integrantes

La Compañía al recibir en la solicitud de seguro los Consentimientos de cada Asegurado, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro. La Relación de Integrantes contendrá la siguiente información:

- Nombre, edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado.
- La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.

3. Regla para Determinar Suma Asegurada

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá los planes de seguro estableciendo para cada uno de ellos una Suma Asegurada fija.

4. Administración de la Póliza

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Asegurados, relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste, podrá ser administrado de acuerdo al siguiente sistema:

4.1 Sistema a Declaración

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Compañía y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en los Certificados individuales.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la



operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

a. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Asegurados que ingresen al Grupo Asegurado.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados que el Contratante reporte a la Compañía y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante así lo manifieste. La Compañía se compromete a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha de solicitud de su alta.

Durante la vigencia del seguro no se podrán solicitar aumentos de Suma Asegurada. En caso de que el Asegurado decida aumentar o disminuir el monto de Suma Asegurada deberá cancelar este seguro y contratar uno nuevo.

• **Ingreso en el Grupo Asegurado**

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de

no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

• **Bajas en el Grupo Asegurado**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

b. Ajuste de Primas

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Asegurados, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones y Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

5. Modificaciones

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía, y se harán constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

a) **Cambio de Forma de Pago de las Primas**

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta

por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

La Compañía y el Contratante acuerdan que no aplicará recargo por pago fraccionado.

Los precios de los Servicios de Asistencia podrán modificarse durante la vigencia del seguro, sin previo aviso. Para consultar los montos vigentes llamar al teléfono 5262 4894 dentro del D.F. y zona metropolitana y desde cualquier otra parte de la república mexicana al 01800 7525 472.

b) Cambio de Beneficiarios

El Integrante de Grupo Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, tanto en Pólizas que se administren bajo el sistema denominado a Declaración, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Compañía elaborará la actualización del Certificado individual, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Asegurado.

6. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante tuvo en una Póliza de Grupo, en esta Compañía de Seguros, con el objeto de eliminar el tiempo estipulado en la cláusula de Suicidio del beneficio incluido, siempre y cuando tal beneficio haya sido contratado u otorgado en ésta y en la Póliza anterior.

7. Renovación

Las coberturas y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se renovará en forma automática bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

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



VIII. ARTÍCULOS CITADOS

Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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. Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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;

artículo 176 Bis.

<p>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 la exigibilidad 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</p> <p>VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y</p> <p>VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.</p>	artículo 176 Bis.
<p>Jurisdicción. La competencia por territorio para demandar en materia de seguro será determinada a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.</p>	artículo 136
Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:	
<p>Procedimiento que las empresas aseguradoras deberán de seguir para llevar a cabo el registro de las Notas Técnicas y Documentación Contractual de los Productos que comercializan.</p>	artículo 36, artículo 36 A, artículo 36 B, artículo 36 D
Ley sobre el Contrato de Seguro:	
<p>El Contratante o Asegurado estará obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo tal como los conozca o deba conocer.</p>	artículo 8
<p>Pruebas sobre la existencia del Contrato de Seguro.</p>	artículo 19



Rectificación del Contrato de Seguro.- Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.	artículo 25
La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las Primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.	artículo 33
Pago Fraccionado de Prima.- La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración.	artículo 37
Cancelación del Seguro por falta de pago. Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.	artículo 40
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.	artículo 47
El Asegurado deberá de comunicar a la aseguradora la agravación esencial que tenga el riesgo durante el curso del seguro.	artículo 52
Establece de forma muy Genérica lo que debe de entenderse por agravación esencial del riesgo.	artículo 53
Las partes tienen la posibilidad de pactar ciertas condiciones que tiendan a atenuar el riesgo, o bien impedir su agravación.	artículo 54
Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará 15 (quince) días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.	artículo 56
Aviso de Siniestro.- El Asegurado o Beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso que deberá ser por escrito de la realización del Siniestro.	artículo 66
Documentación e información soporte para comprobación del Siniestro.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro.	artículo 69

Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos.	artículo 70
Plazo para el pago de Sinistros.- El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	artículo 71
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.	artículo 76
Plazo de prescripción.- Todas las acciones que deriven de un Contrato de Seguro para la operación de vida prescribirán en 5 (cinco) años y 2 (dos) años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen	artículo 81
Interrupción de la prescripción.- El plazo para la prescripción no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones, sobre el riesgo corrido sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él.	artículo 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Sinistro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento establecido en el artículo 37 de la presente ley.	artículo 84
Revocación de la designación de Beneficiarios.- El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y además lo comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora.	artículo 165
Revocación de la designación de Beneficiarios.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y además lo comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora.	artículo 176
La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.	artículo 186



Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios.	artículo 50 Bis
Requisitos para la presentación de reclamaciones.- La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones de los Usuarios, con base en las disposiciones de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.	artículo 63
Plazo para presentación de reclamaciones.- Plazo para presentación de reclamaciones 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de 2 (dos) años para los demás casos.	artículo 65
Interrupción de Prescripción.- Las reclamaciones que cumplan con los requisitos que menciona la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por su sola presentación interrumpirán la prescripción.	artículo 66
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación.	artículo 68

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

<p>Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea:</p> <ol style="list-style-type: none"> Garantizar créditos concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el Seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes. 	artículo 12
Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.	artículo 17

<p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.</p> <p>Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.</p>	<p>artículo 17</p>
<p>Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.</p>	<p>artículo 18</p>
<p>En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.</p>	<p>artículo 23</p>



IX. ABREVIATURAS

1. R.F.C. – Registro Federal de Contribuyentes
2. I.V.A. – Impuesto al Valor Agregado
3. USD – Dólares Americanos
4. Máx. – Valor Máximo que puede tomar la variable
5. Cd. – Ciudad
6. Col. – Colonia
7. C.P. – Código Postal
8. Av. – Avenida
9. INPC – Índice Nacional de Precios al Consumidor
10. CNSF – Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
11. LCS – Ley sobre el Contrato de Seguro
12. LISF – Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
13. M.N. y/o MXN – Moneda Nacional
14. DOF – Diario Oficial de la Federación
15. Banxico – Banco de México
16. PCE – Programa Cliente Especial
17. CG – Condiciones Generales
18. Km – Kilómetro
19. Condusef – Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
20. SA – Suma Asegurada
21. UNE – Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía

X. REGISTRO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el (los) artículo (s) 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0048-0119-2012 de fecha 28 de marzo de 2012.



www.americanexpress.eom.mx/seguros



Insurance
Services