

Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual Planes Tradicionales Maxipro

Denominados en Dólares y Pesos
Junio 2016

INDICE GENERAL

<i>Aviso de Privacidad</i>	4
<i>1.- Objeto</i>	5
<i>2.- Coberturas</i>	5
<i>3.- Contratante</i>	5
<i>4.- Contrato de seguro</i>	5
<i>5.- Vigencia</i>	6
<i>6.- Modificaciones</i>	6
<i>7.- Carencia de restricciones</i>	6
<i>8.- Pago de las primas</i>	6
<i>9.- Período de espera para el pago de primas</i>	6
<i>10.- Edad</i>	7
<i>11.- Beneficiarios</i>	8
<i>12.- Omisiones o inexactas declaraciones</i>	9
<i>13.- Indisputabilidad</i>	9
<i>14.- Suicidio</i>	9
<i>15.- Rehabilitación</i>	9
<i>16.- Derecho de conversión</i>	10
<i>17.- Moneda</i>	10
<i>18.- Liquidación</i>	10
<i>19.- Competencia</i>	11
<i>20.- Prescripción</i>	11
<i>21.- Comunicaciones</i>	12
<i>22.- Préstamos automáticos para el pago de primas</i>	12
<i>23.- Valores garantizados</i>	12
<i>24.- Préstamos</i>	13
<i>25.- Opción de adquirir un seguro saldado de vida</i>	14
<i>26.- Interés por Mora</i>	14
<i>27.- Comprobación del siniestro</i>	14
<i>28. Dividendos</i>	14

29. Fondo de inversión.....	15
30.- Moneda extranjera.....	16
31.- Revelación de comisiones.....	16
32.- Régimen Fiscal.....	16
CLÁUSULA OFAC.....	17
CONDICIONES DE ENDOSOS ADICIONALES DE VIDA INDIVIDUAL.....	18
CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (PIPF).....	19
CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1).....	20
CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS (DI2).....	22
CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS Y DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS COLECTIVO (DI3).....	25
DOBLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE COLECTIVO.....	26
CLAÚSULA ADICIONAL DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA 65).....	28
CLAÚSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA 60).....	30
BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT).....	32
CLAÚSULA DE INCREMENTO AUTOMÁTICO (CIA).....	34
ENDOSO DEL BENEFICIO AYUDANDO EN VIDA.....	35
CLÁUSULA PARA MUJERES.....	40
CLÁUSULA PARA NO FUMADORES.....	40

Aviso de Privacidad

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

1.- Objeto.

La compañía se obliga a brindar al asegurado protección por los beneficios amparados en esta póliza a cambio del pago de la prima convenida, a partir del momento en que el asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y durante la vigencia de la misma.

2.- Coberturas.

La compañía cubrirá el plan elegido conforme a lo definido a continuación, y dicho plan será consignado en la carátula de la póliza.

Plan de vida.

La suma asegurada correspondiente a esta cobertura, se pagará al ocurrir el fallecimiento del asegurado.

Plan dotal.

La suma asegurada de esta cobertura, se pagará por fallecimiento del asegurado si ocurre durante el plazo del seguro correspondiente, o al final de dicho plazo si el asegurado sobrevive.

Plan temporal.

La suma asegurada en esta cobertura, se pagará por fallecimiento del asegurado solo si ocurre durante el plazo del seguro contratado.

3.- Contratante.

Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la prima.

Para efectos de esta póliza el contratante podrá ser también asegurado. En caso de que el contratante sea el asegurado, se hará constar en la carátula de la póliza.

El contratante de la póliza es la única persona que puede hacer uso de los derechos que otorga la cláusula denominada valores garantizados, así como la de derecho de conversión.

4.- Contrato de seguro.

Es el acuerdo celebrado entre la compañía y el contratante. Constituyen prueba de la celebración de este contrato: la solicitud, la tabla de valores garantizados si el plan los otorga, la carátula de la póliza y las cláusulas adicionales que se agreguen.

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

5.- Vigencia.

Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula y continuará durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento.

6.- Modificaciones.

Las condiciones generales de la póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la compañía y el contratante, haciéndose constar mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

7.- Carencia de restricciones.

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones acerca de residencia, ocupación, viajes y género de vida del asegurado.

8.- Pago de las primas.

La prima total de la póliza es, la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza. Anualmente se cobrará de manera adicional a la prima del seguro el recargo vigente al momento de la contratación y/o renovación registrado ante la Comisión nacional de Seguros y Fianzas.

La prima anual estipulada para cada cobertura, deberá ser pagada al inicio de cada aniversario de la póliza, desde la fecha de celebración del contrato y durante el "plazo de pago de primas" indicado en la carátula de esta póliza.

El contratante, en cualquier aniversario de la póliza, puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que las partes hayan pactado señalada en la carátula de la póliza. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.

Las primas son pagaderas en las oficinas de la compañía a cambio de un recibo expedido por la misma.

9.- Período de espera para el pago de primas.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Si dentro del plazo de espera convenido ocurre la muerte del asegurado, la compañía pagará la suma asegurada convenida, después de contar con las pruebas del fallecimiento, descontando cualquier adeudo que el contratante tuviere con la compañía.

Una vez transcurrido el período de espera convenido, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, se aplicará el saldo del fondo de inversión si lo hubiere, conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente. Si dicho fondo es insuficiente, se aplicará lo establecido en la cláusula relativa a préstamo automático para el pago de primas, dando aviso al asegurado de dicha aplicación.

10.- Edad.

Para efectos de este contrato, se considerará como edad real del asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

En caso de planes mancomunados, la edad se determinará conforme a la tabla de edades equivalentes vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La compañía declara que sus límites de admisión en los planes a edad alcanzada serán de: 15 años hasta la edad que resulte de restar 10 años a la edad de término del plan. El número que aparece en estos planes indica la edad alcanzada del asegurado y será en la que el plan termine. Ejemplo: Para un plan temporal sesenta y cinco protegerá desde la edad de contratación (por lo menos 10 años antes) hasta los 65 años del asegurado.

En los planes de temporalidad fija en su modalidad de temporales y dotales serán de 15 a 70 años, y en el plan Maxi-Sumas, que es un plan con temporalidad de veinte años, serán de 25 a 55 años.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse cuando así lo juzgue conveniente la compañía. Una vez efectuada la comprobación, la compañía hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando de la comprobación de la edad resulte que la edad real se encuentra:

- I. Dentro de los límites de admisión registrados por la compañía.
 - A. Si en vida del asegurado, la edad real al expedirse la póliza es:
 1. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.
 2. Menor que la declarada: la suma asegurada no se modificará y la compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva

existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

- B. Si después del fallecimiento del asegurado, se descubre que la edad declarada por el asegurado en la solicitud es diferente a la real: La compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.
- II. Fuera de los límites de admisión registrados por la compañía: el contrato quedará rescindido automáticamente y la obligación de la compañía será la de pagar el importe de la reserva matemática, si la hubiere, que corresponda a la presente póliza, en la fecha de su rescisión.

Si al descubrirse que la edad del asegurado declarada es inexacta y la empresa aseguradora ya hubiere hecho efectivo el importe del seguro, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme a los incisos anteriores, incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicaran las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

11.-Beneficiarios.

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito a la compañía en su domicilio social. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por la compañía, ésta pagará la suma asegurada al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar beneficiario, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a la compañía. Para que esa renuncia produzca sus efectos deberá hacerse constar en la póliza y posteriormente no podrá cambiarse, excepto que el beneficiario así designado de su consentimiento por escrito.

Cuando no haya beneficiario designado, y no se hubiere hecho uso de designación irrevocable, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando haya varios beneficiarios designados, la parte del que muera antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

12.- Omisiones o inexactas declaraciones.

El contratante y el asegurado al formular la propuesta del seguro están obligados a declarar por escrito a la compañía, mediante los cuestionarios relativos, 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.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

13.- Indisputabilidad.

Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o de la de su rehabilitación y al efecto la compañía renuncia a los derechos que le asisten para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo en la solicitud del seguro.

14.- Suicidio.

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la compañía, será el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento, menos cualquier adeudo derivado de la misma, como liquidación total.

En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de suma asegurada no estipulados en el contrato original, el período de dos años que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la compañía.

15.- Rehabilitación.

Si este contrato de seguro hubiere cesado en sus efectos por la falta de pago de primas en los términos de esta póliza, podrá ser rehabilitado en cualquier tiempo si se llenan los siguientes requisitos:

- I. Solicitud por escrito del contratante a la compañía.
- II. Informe del estado de salud del asegurado firmado por el mismo o por su representante legal y en el formato establecido por la compañía.
- III. Comprobación del asegurado, a su costa, de que al presentar la propuesta de rehabilitación goza de buena salud.
- IV. Que la compañía acepte la solicitud de rehabilitación.

- V. Que el contratante pague a la compañía las primas y las deudas insolutas derivadas de este contrato, desde la fecha en que hubiere cesado en sus efectos el contrato hasta su rehabilitación.

La rehabilitación a la que se refiere ésta cláusula la hará constar la compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, o en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

16.- Derecho de conversión.

El contratante tendrá derecho a convertir este seguro a otra cobertura que emita la compañía, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad.

La conversión de cobertura queda sujeta a lo que se estipula a continuación:

- a) La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la compañía al menos dos años antes de la terminación del plazo del seguro.
- b) La edad alcanzada por el asegurado al momento del cambio no podrá ser superior a 70 años.
- c) La nueva cobertura será efectiva a partir de la misma fecha en que cese la cobertura anterior.
- d) La nueva suma asegurada no podrá ser superior a la correspondiente del seguro anterior, salvo que el asegurado haya presentado a la compañía pruebas de asegurabilidad y ésta las haya aceptado.
- e) La prima se calculará de acuerdo con la edad alcanzada por el asegurado en la fecha en que se lleve a cabo la conversión, incluyendo cualquier extraprima por salud u ocupación que la póliza original hubiera tenido, y en caso de incremento en la suma asegurada, si los requisitos de asegurabilidad determinaran o reconsideran alguna, se deberá tomar en cuenta en dicho cálculo.

17.- Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del contratante y/o asegurado a la compañía, o de ésta al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época del pago.

18.- Liquidación.

La compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas, al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la compañía por concepto de primas, préstamos o intereses que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta

póliza. En caso de siniestro, la compañía deducirá la parte de la prima del año en curso que, hasta cubrir la anualidad completa, estuviese en descubierto.

19.- Competencia.

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a nuestra Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa México D.F., con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 horas así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-999 o 01800-849-3916 y correo electrónico rlbastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. Del valle Delegación Benito Juárez o consulte www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-oficinas-de-atencion; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-09999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx ; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

20.- Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81° de la Ley Sobre Contrato de Seguros, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82° de la misma.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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.

En términos del Artículo 68° de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84° de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

21.- Comunicaciones.

Todas las comunicaciones, solicitudes o avisos que el asegurado necesite hacer a la compañía, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en la Ciudad de México, D.F. o en sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la compañía excepto que ésta se lo indicare al asegurado. Las comunicaciones de la compañía para el asegurado se harán en igual forma en el último domicilio del asegurado que fuere conocido por la compañía.

22.- Préstamos automáticos para el pago de primas.

Si conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente al período de espera para el pago de primas, si el saldo disponible en el fondo de inversión es insuficiente para el pago de la prima vencida pendiente de pago, la compañía prestará la diferencia al contratante, sin necesidad de solicitud alguna de su parte y sujeto a la cláusula de préstamo. Esto se hará siempre y cuando los préstamos existentes, la prima aplicada al préstamo y los intereses correspondientes no excedan el valor en efectivo a que el contratante tuviere derecho.

Cuando el valor en efectivo disponible sea menor al total del adeudo, conformado con base en lo mencionado en el párrafo anterior, esta póliza continuará en vigor por los días que dicho disponible alcance a amparar.

Si transcurrido el número de días a que se refiere al párrafo anterior, el contratante no paga la prima, cesarán los efectos de este contrato así como las obligaciones que la compañía haya contraído con él, sin necesidad de declaración especial, resolución o notificación judicial de ninguna índole.

Para la aplicación de esta cláusula, se sumarán al valor en efectivo disponible de la póliza, toda cantidad que por participación de utilidades o por otro concepto adeude la compañía al asegurado o al contratante.

23.- Valores garantizados.

Son los distintos usos que se le pueden dar a la parte de la reserva a la que tiene derecho el contratante. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del asegurado y el número de años de primas pagadas. Después de que el contratante haya cubierto las primas correspondientes y que haya transcurrido el número de años mínimo indicados en la tabla de valores garantizados respectiva, el contratante podrá hacer uso de alguno de los derechos que se describen posteriormente.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada valor garantizado, el contratante deberá solicitar por escrito dentro de los treinta días siguientes al vencimiento de la prima no pagada, la opción escogida remitiendo esta póliza para su anotación, en cuyo caso quedarán cancelados los beneficios y cláusulas adicionales de esta póliza.

Si en la fecha de solicitud del valor garantizado escogido, la póliza se encuentra gravada con alguna deuda, ésta deberá ser liquidada a la compañía, o bien se reducirá el importe de la opción a la que pudiera pagarse con la diferencia entre el valor en efectivo disponible y el adeudo derivado de esta póliza.

Sólo en los planes temporales contratados a plazos menores de 10 años no se otorgan valores garantizados.

- **Seguro saldado.**

La compañía reducirá la suma asegurada aplicando el factor correspondiente de la tabla de valores garantizados, a los millares de suma asegurada contratada, conservando el plazo contratado y sin más pago de primas. Por lo que al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la compañía pagará el importe del seguro saldado en las mismas condiciones que lo sería la suma originalmente contratada.

El contratante podrá obtener como rescate del seguro saldado el 85% de la reserva que corresponda, en cuyo caso terminará el contrato de seguro.

- **Seguro prorrogado.**

El contratante podrá optar por continuar el seguro sin más pago de primas, por la suma asegurada contratada, por el período en años, meses y días que se señala en la tabla de valores garantizados respectiva, a cuyo término, si el asegurado permanece con vida, el seguro terminará sin obligación alguna para la compañía.

Si en la tabla de valores garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, ésta será pagada al propio asegurado en caso de supervivencia al final del periodo del seguro prorrogado.

El contratante podrá obtener como rescate del seguro prorrogado, el 85% de la reserva que corresponda en cuyo caso terminará el contrato de seguro.

- **Valor en efectivo o rescate.**

El contratante podrá obtener como valor en efectivo de este plan, la cantidad que aparece en la tabla de valores garantizados correspondiente.

Si el contratante cubre la prima en exhibiciones parciales, tal valor se calculará tomando en cuenta las exhibiciones parciales pagadas y el tiempo transcurrido.

24.- Préstamos.

Se concederán préstamos, por cualquier cantidad, que sumados no excedan el valor en efectivo de la póliza, los cuales causarán intereses según la tasa que fije la compañía la cual se determinará como el máximo entre el interés técnico y el interés obtenido derivado de las

inversiones de la compañía más un 1.5% de gasto de administración. En el momento en que el adeudo iguale o supere al valor en efectivo, si el contratante no liquida dicho préstamo, los efectos del contrato cesarán automáticamente, sin necesidad de notificación alguna.

Del importe del préstamo será deducido cualquier adeudo existente a favor de la compañía, derivado de esta póliza.

Cualquier adeudo podrá ser pagado en cualquier momento totalmente, siempre que la póliza esté en vigor y antes de ocurrir el fallecimiento del asegurado.

25.- Opción de adquirir un seguro saldado de vida.

En los planes dotales, si en la fecha que termine el período dotal, el asegurado no desea recibir su importe en efectivo el mismo podrá ser invertido por el asegurado, todo o parte para adquirir seguro saldado de vida.

Cuando el importe del seguro saldado de vida de la cobertura básica exceda de la suma asegurada en vigor de esta póliza en el momento de solicitarlo incluyendo los incrementos adicionales de la cobertura básica que la póliza pudiera tener, se requerirán pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la compañía.

26.- Interés por Mora.

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71° de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas .

27.- Comprobación del siniestro.

La compañía, tiene derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

28. Dividendos.

Se llamará dividendo, a la participación del asegurado en las utilidades que obtenga la compañía por el excedente financiero que se produzca de acuerdo con las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y, el interés real obtenido por las inversiones de la compañía.

Los dividendos a los que el asegurado tenga derecho y que se produzcan de acuerdo con el párrafo anterior, serán abonados al fondo de inversión en forma anual al aniversario de la póliza, si el asegurado no da indicación en contrario.

En caso de que el contratante disponga de los valores garantizados, en cualquiera de sus opciones, no se generarán dividendos.

La compañía buscará, obtener el mayor rendimiento posible en la inversión de los dividendos sin que esto signifique que se esté garantizando un rendimiento predeterminado.

El derecho de participación en las utilidades, está condicionado al pago de la prima correspondiente al período sobre el cual se otorgan utilidades.

29. Fondo de inversión.

La compañía está autorizada, para administrar valores en efectivo propiedad del asegurado proveniente de dividendos y/o dotal a corto plazo. Dichos valores en administración constituyen el fondo de inversión.

Este fondo generará intereses, según la tasa de rendimiento obtenido por la compañía en sus inversiones. Dichos intereses, se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real en que los abonos ingresaron al fondo de inversión.

Al aniversario de la póliza la compañía deducirá el 1.5% sobre el fondo acumulado, por concepto de gastos de administración.

El fondo de inversión del asegurado formará parte de la liquidación que haga la compañía al asegurado en caso de cancelarse la póliza o, de la liquidación que haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado o al término de la vigencia del plan.

Dicho fondo se apegará a las reglas vigentes para la inversión de las reservas técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- **Retiros.**

El asegurado podrá realizar como máximo al año, dos retiros de su fondo que representen la totalidad o una parcialidad de su saldo para lo cual deberá solicitarlo por escrito con al menos treinta días de anticipación.

Si la petición llegase a ser después del período de espera para el pago de la prima a que se refiere la cláusula de primas, el saldo será el existente después de aplicar la cláusula de préstamo automático para el pago de primas.

Por cada retiro efectuado, la compañía tendrá derecho a aplicar un cargo por concepto de gastos de administración del fondo considerando la fracción de año a que la cantidad retirada estuvo en el fondo.

- **Pago automático de primas.**

Si el contratante dejare de cubrir una prima, la cual incluirá los incrementos de suma asegurada que se hayan pactado, dentro del periodo convenido de espera para el pago de primas, esta se pagará del saldo de inversión de la póliza; en caso de que dicho saldo sea insuficiente, por la diferencia se aplicará la cláusula de préstamo automático para el pago de primas. Este procedimiento se repetirá mientras exista saldo a favor del asegurado.

En caso de que la póliza no tenga derecho a valor en efectivo y el saldo de su fondo de inversión sea insuficiente para el pago de la prima, la póliza continuará en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

- **Estados de cuenta.**

Por lo menos una vez al año, se enviará al asegurado un estado de cuenta indicándole todos los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado.

El contratante dispone de cuarenta y cinco días naturales para solicitar cualquier rectificación, contados a partir de que reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la compañía.

30.- Moneda extranjera.

Esta cláusula es aplicable a las pólizas que se contraten en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, según consta en la carátula de esta póliza.

La suma asegurada se denominará en dólares, y los derechos y obligaciones que se deriven de la contratación de la póliza respectiva se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago, tomando en consideración el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderos en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

31.- 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. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

32.- Régimen Fiscal.

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

CLÁUSULA OFAC

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

En caso que el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante, obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o Contratante, y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, Seguros Atlas rehabilitará la póliza del Asegurado, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante al descubierto, debiendo el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante, cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

EXCLUSIÓN OFAC.

Se rescindirá de pleno derecho y aplicará a todos los riesgos amparados en el presente Contrato en el siguiente caso:

Si el Asegurado, Beneficiario y/o Contratante fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien en mencionado en las Listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

CONDICIONES DE ENDOSOS ADICIONALES DE VIDA INDIVIDUAL

Los endosos operarán solamente si se encuentran mencionados en la carátula de la póliza o se integra el endoso correspondiente a la misma.

Si existe contradicción entre las condiciones específicas en los endosos y condiciones de la póliza, prevalecerán las especificadas por los endosos.

CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (PIPF)

SEGUROS ATLAS, S.A., se obliga salvo restricción legal en contrario, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que la póliza se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos años desde su inicio de vigencia ó de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada al beneficiario designado al efecto, con la sola presentación del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

El importe que por este concepto pague la Compañía, será igual al 30 % de la suma asegurada nominal de la póliza, con un máximo de 650 días de salario mínimo diario general vigente en el D.F. Para este límite se consideran todas las pólizas expedidas por la Compañía a favor del Asegurado y que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que el o los Beneficiarios tengan derecho, según las condiciones estipuladas en la póliza del cual forma parte esta cláusula adicional.

En el caso de que la póliza se encuentre grabada con préstamo éste se descontará de la suma asegurada y sobre el remanente que exista se otorgará el anticipo.

Seguros Atlas se reserva el derecho de recuperar cualquier pago realizado por la cobertura que ampara el presente endoso en caso de que, según las condiciones de la póliza a la que se adhiere, el siniestro por fallecimiento resulte improcedente.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1)

Para efectos de esta cláusula se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte en la persona del Asegurado siempre y cuando ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el Asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

EXCLUSIONES

- 1. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR LOS ACCIDENTES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA.**
- 2. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- 3. SUICIDIO O INTENTO DE ÉL, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CAUSAS QUE LO PROVOQUEN.**
- 4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
- 5. LESIONES SUFRIDAS AL PRESTAR SERVICIO MILITAR O NAVAL EN TIEMPO DE GUERRA, REVOLUCIÓN, ACTOS DE INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
- 6. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**
- 7. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA.**
- 8. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.**
- 9. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EVENTOS DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, VUELOS DELTA, EQUITACIÓN, CHARRERÍA, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ARTES MARCIALES, BOXEO Y LUCHA DE CUALQUIER TIPO.**
- 10. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
- 11. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
- 12. ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO EFECTUANDO ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.**

SINIESTROS

El pago de indemnizaciones por muerte, se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza.

Al tramitarse la reclamación, los beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del Asegurado ocurrió estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cláusula.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para esta cláusula no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada por muerte contratada en la póliza de la que forma parte.

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS (DI2)

Para efectos de esta cláusula se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del asegurado, siempre y cuando ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la suma asegurada contratada para esta cláusula.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

EXCLUSIONES

- 1. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR LOS ACCIDENTES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA.**
- 2. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- 3. SUICIDIO O INTENTO DE ÉL, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CAUSAS QUE LO PROVOQUEN.**
- 4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**

5. LESIONES SUFRIDAS AL PRESTAR SERVICIO MILITAR O NAVAL EN TIEMPO DE GUERRA, REVOLUCIÓN, ACTOS DE INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.
6. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.
7. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA.
8. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
9. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EVENTOS DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, VUELOS DELTA, EQUITACIÓN, CHARRERÍA, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ARTES MARCIALES, BOXEO Y LUCHA DE CUALQUIER TIPO.
10. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
11. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
12. ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO EFECTUANDO ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.

SINIESTROS

En caso de siniestro que afecte esta cláusula, el Asegurado o los beneficiarios tienen la obligación de dar aviso a la Compañía dentro de los noventa días siguientes a que ocurrió el accidente que le dio origen. Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación de dar aviso a la compañía dentro del plazo establecido, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

El pago de indemnizaciones por muerte, se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza y el pago de las indemnizaciones por pérdida de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cláusula, la Compañía tendrá derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico que ésta designe. El Asegurado o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que las lesiones o la muerte del Asegurado fueron sufridas estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cláusula.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para esta cláusula no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada por muerte contratada en la póliza de la que forma parte.

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS Y DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS COLECTIVO (DI3)

Para efectos de esta cláusula se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado siempre y cuando ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cláusula.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

EXCLUSIONES

- 1. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR LOS ACCIDENTES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA.**
- 2. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- 3. SUICIDIO O INTENTO DE ÉL, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CAUSAS QUE LO PROVOQUEN.**
- 4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**

5. LESIONES SUFRIDAS AL PRESTAR SERVICIO MILITAR O NAVAL EN TIEMPO DE GUERRA, REVOLUCIÓN, ACTOS DE INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.
6. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.
7. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA.
8. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
9. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EVENTOS DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, VUELOS DELTA, EQUITACIÓN, CHARRERÍA, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ARTES MARCIALES, BOXEO Y LUCHA DE CUALQUIER TIPO.
10. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
11. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
12. ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO EFECTUANDO ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.

SINIESTROS

El pago de indemnizaciones por muerte, se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza y el pago de las indemnizaciones por pérdidas de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse la reclamación, los beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del asegurado ocurrió estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cláusula.

DOBLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE COLECTIVO

La indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la Tabla de Indemnizaciones que antecede, **se duplicará** si el accidente que les dio origen ocurre:

- a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida normalmente para ruta de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Mientras se encuentre en un ascensor que opere para servicio público, con excepción de los que operan en minas, siempre y cuando no esté prestando servicios de ascensorista.

c) A causa de un incendio o conato de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en que se encuentre el asegurado al momento de iniciar dicho incendio.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para esta cláusula no podrá ser mayor, en ningún caso, a la Suma Asegurada por Muerte contratada en la póliza de la que forma parte.

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

CLAÚSULA ADICIONAL DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA 65)

La Compañía conviene en pagar al Asegurado que quede invalidado a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de que se diagnostique la invalidez, la suma contratada para este beneficio en pago único.

La suma asegurada se pagará en una sola exhibición, después de haberse comprobado el estado de invalidez del Asegurado.

Para efectos de esta Cláusula, se considerará " Invalidez Total y Permanente " a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante 6 meses.

En los siguientes casos no opera el término de 6 meses; se considerarán entre otros como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En lo sucesivo, cuando hablemos de invalidez nos referiremos a la definición de "invalidez total y permanente" presentada en esta cláusula.

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

La compañía con cargo a esta tendrá el derecho de hacer examinar al asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez.

EXCLUSIONES

ESTE BENEFICIO NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

1. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.

Paseo de los Tamarindos No.60 P.B
T. (55) 91 77 50 00

Col. Bosques de las Lomas
www.segurosatlas.com.mx

México D.F. C.P. 05120
segatlas@segurosatlas.com.mx

2. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.
3. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.
4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.
5. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.
6. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
7. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, AQUELLAS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, QUE FUERON DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR DESAPERCIBIDAS.
9. RADIACIONES ATÓMICAS.
10. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
11. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

CANCELACION AUTOMÁTICA

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

CLAÚSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA 60)

La compañía conviene en pagar al Asegurado que quede invalidado a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de que se diagnostique la invalidez, la suma contratada para este beneficio en pago único.

La suma asegurada se pagará en una sola exhibición, después de haberse comprobado el estado de invalidez del Asegurado.

Para efectos de esta Cláusula, se considerará " Invalidez Total y Permanente " a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante 6 meses.

En los siguientes casos no opera el término de seis meses; se considerarán entre otros como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En lo sucesivo, cuando hablemos de invalidez nos referiremos a la definición de "invalidez total y permanente" presentada en esta cláusula.

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

La compañía con cargo a esta tendrá el derecho de hacer examinar al asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez.

EXCLUSIONES

ESTE BENEFICIO NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

- 1. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**

2. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.
3. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.
4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.
5. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.
6. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
7. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, AQUELLAS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, QUE FUERON DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR DESAPERCIBIDAS.
9. RADIACIONES ATÓMICAS.
10. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
11. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

CANCELACION AUTOMÁTICA

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 60 años.

BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

La compañía eximirá al Asegurado del pago de primas que le corresponda en caso de que quede invalidado a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de que se diagnostique la invalidez.

Para efectos de esta Cláusula, se considerará " Invalidez Total y Permanente " a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante 6 meses.

En los siguientes casos no opera el término de 6 meses; se considerarán entre otros como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En lo sucesivo, cuando hablemos de invalidez nos referiremos a la definición de "invalidez total y permanente" presentada en esta cláusula.

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

La compañía con cargo a esta tendrá el derecho de hacer examinar al asegurado por el médico designado para comprobar la invalidez.

EXCLUSIONES

ESTE BENEFICIO NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

- 1. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO;**
- 2. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**

3. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.
4. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.
5. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.
6. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.
7. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ESTAS, AQUELLAS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, QUE FUERON DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR DESAPERCIBIDAS.
9. RADIACIONES ATÓMICAS;
10. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
11. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, a no ser de que esté disfrutando del beneficio, entonces se cancelará al término del plazo de cobertura de seguro por muerte.

CLAÚSULA DE INCREMENTO AUTOMÁTICO (CIA)

Mediante este endoso, se hace constar que la póliza tiene incrementos automáticos anuales de Suma Asegurada de acuerdo al porcentaje y tipo de incremento indicado en la carátula de la póliza, tanto en la suma asegurada por muerte como en los beneficios adicionales contratados, donde el incremento aritmético es el crecimiento anual de la suma asegurada por medio de un porcentaje fijo constante que se aplica a la suma asegurada inicial y que es solicitado por el asegurado y el incremento geométrico es el crecimiento anual de la suma asegurada por medio de un porcentaje fijo constante que se aplica a la suma asegurada actualizada y que es solicitado por el asegurado.

Se conviene que la prima aumentará según el incremento de la suma asegurada y éste se calculará a edad alcanzada.

Estos incrementos se otorgarán al aniversario de la póliza siempre y cuando se encuentre en vigor y sin préstamos automáticos registrados.

Si el Asegurado suspende el pago de la prima adicional que correspondiera pagar por el incremento anual, la suma asegurada y la prima continuarán fijas, por el resto de la vigencia de la póliza, por las cantidades incrementadas hasta la última anualidad completa pagada.

Los incrementos podrán reanudarse solo en el aniversario de la póliza y con previa autorización de la Compañía.

El número de incrementos será igual al número de años del plan contratado, con un máximo de veinte años.

ENDOSO DEL BENEFICIO AYUDANDO EN VIDA

Mediante este endoso se hace constar que la póliza de vida individual de la cual forma parte, cuenta con la cobertura que a continuación se describe.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada correspondiente al beneficio que ampara el presente endoso se calculará como el 25% de la suma asegurada alcanzada para la cobertura básica de la póliza, con límite máximo de 500 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el Distrito Federal, aplicando el mismo límite para pólizas cuya suma asegurada se encuentre contratada en dólares, previa conversión de ésta a moneda nacional aplicando el tipo de cambio de venta del dólar estadounidense publicado por el Banco de México, vigente a la fecha en que se haga el pago de la indemnización.

El límite máximo mencionado de 500 SMGMVDF se aplicará por cada asegurado.

En caso de que el asegurado tenga otorgado algún préstamo por parte de Seguros Atlas, S. A. con garantía de los valores garantizados de su póliza, la suma asegurada de este beneficio se calculará de acuerdo a lo siguiente:

1. A la suma asegurada alcanzada de la cobertura básica le será deducido el saldo del préstamo en vigor incluyendo los intereses vencidos que en su caso existan.
2. Al monto resultante le será calculado el beneficio del presente endoso de acuerdo al primer párrafo del presente apartado.

LIMITES DE EDAD

Admisión: 20 años de edad como mínimo y 60 como máximo.

Renovación: Hasta los 64 Años de edad.

Cancelación: A los 65 Años de edad.

BENEFICIO

Seguros Atlas, S. A. anticipará en un pago al asegurado en la póliza, la suma asegurada que corresponda según lo indicado en el punto anterior, siempre que se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. Que al asegurado le sea diagnosticado, al menos seis meses después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, un estado de "Enfermedad Terminal", de acuerdo a las definiciones y condiciones que para este efecto se indican en el presente endoso.
- b. Que la duración del plan contratado sea superior a 5 años.

- c. Que el asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario(s) con carácter de irrevocable, y en caso de haberlo hecho, que dicho(s) beneficiario(s) haya(n) notificado por escrito a Seguros Atlas, S. A. que están de acuerdo en que el asegurado haga uso de este beneficio.
- d. Que el propio asegurado o quien legalmente represente sus derechos, haga reclamación formal y por escrito a Seguros Atlas, S. A. del pago anticipado de que trata el presente endoso.
- e. Que la póliza se encuentre vigente y que no haya operado ninguna opción de conversión conforme al plan contratado, incluyendo la opción de conversión a seguro saldado o prorrogado.

ENFERMEDAD TERMINAL

Para todos los efectos de este beneficio, se entenderá que el asegurado se encuentra en un estado de "Enfermedad Terminal" cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. Que se le diagnostique cualquiera de los padecimientos considerados en este endoso como **"Enfermedad Terminal"**.
- b. Que quede asentado por un médico especialista, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o en su caso, por un médico designando por Seguros Atlas, S. A.
- c. Que las condiciones de salud del asegurado ocasionarán de forma altamente probable su muerte dentro de un lapso no mayor a doce meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente.
- d. Que la opinión médica ha rechazado el tratamiento activo para aliviar los síntomas, siendo esto del conocimiento del asegurado y de su familia estando todo lo anterior avalado por un médico de Seguros Atlas, S. A.

Los únicos padecimientos que para efectos de este endoso son considerados como **"Enfermedad Terminal"** son los que a continuación se definen:

- 1) Infarto al miocardio.** Muerte de una gran parte del músculo cardiaco a consecuencia de una disminución importante de abastecimiento sanguíneo.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Se demuestren cambios específicos y permanentes en el electrocardiograma.

- b) El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar (terapia intensiva) con tratamiento bajo vigilancia de un cardiólogo certificado.
- c) La fracción de eyección sea menor a 30%.
- d) Exista insuficiencia cardiaca de grado IV.
- e) No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia del mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.

2) Accidente vascular cerebral. Cualquier alteración cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas irreversibles por más de 96 horas.

Se procederá al pago de esta cobertura siempre y cuando:

- a) Exista una valoración de los médicos de Seguros Atlas, S. A. en la que se determine que no existen pruebas evidentes de la recuperación del problema neurológico.
- b) El accidente vascular cerebral se hubiera tratado en un hospital.
- c) Se haya determinado neurológicamente que por fallo de la función cerebral caracterizado por falta de respuesta a cualquier estímulo, el asegurado necesita el uso persistente y continuo de aparatos para soportar la vida.
- d) Exista destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal así como pruebas de disfunción neurológica permanente; estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas como mínimo desde la fecha del accidente.

Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles, así como las lesiones cerebrales provocadas por el uso de alcohol o drogas.

3) Cáncer. La presencia de un tumor maligno de clasificación internacional grado IV, caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolables de células malignas y la invasión del tejido normal por éstas. En cualquier caso deberá demostrarse esta situación mediante estudio patológico.

Quedan incluidos entre otros: leucemia, linfomas, y la enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma).

Se excluyen: cualquier tipo de cáncer de piel (excepto melanomas malignos), tumores considerados como pre-malignos, cáncer in situ no invasivo y, tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o SIDA.

4) Insuficiencia renal crónica con necesidad de diálisis renal. El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, comprobable con las pruebas de función renal y estudios de patología relacionados al caso.

CONDICIONES ESPECIALES

1. El pago que, en su caso, efectúe la Seguros Atlas, S. A. al amparo de este beneficio, producirá los siguientes efectos:

- a) En caso de que la póliza esté contratada con suma asegurada creciente, se descontarán los incrementos que hubieran correspondido al anticipo de suma asegurada.
- b) La reserva, los "valores garantizados", y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción en que, conforme a lo establecido en el inciso anterior, se reduzca la suma asegurada al otorgar el anticipo amparado en el presente endoso. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el Contratante o el Asegurado a título de préstamo de cualquier clase con garantía de los valores señalados.
- c) No será posible realizar un cambio de plan del seguro contratado.
- d) El presente endoso, podrá ser aplicado sólo una vez durante toda la vigencia de la póliza.
- e) Seguros Atlas, S. A. se reserva el derecho de determinar la procedencia (en su caso) del siniestro por fallecimiento mediante los procedimientos normales que para este efecto tiene establecidos, aun cuando con anterioridad hubiera otorgado el anticipo cubierto por este endoso.
- f) Seguros Atlas, S. A. se reserva el derecho de recuperar cualquier pago realizado por la cobertura que ampara el presente endoso en caso de que, según las condiciones de la póliza a la que se adhiere, el siniestro por fallecimiento resulte improcedente.

2. Periodo de espera para el pago del beneficio: Cada una de las enfermedades terminales descritas, deberán ser confirmadas por un médico nombrado por Seguros Atlas, S. A. y debe ser demostrada mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio. Por esta razón, Seguros Atlas, S. A. dispondrá de un periodo de un mes a partir de que el asegurado presente la reclamación con las pruebas que Seguros Atlas, S. A. solicite para otorgar este beneficio.

3. Terminación de la cobertura que ampara este endoso.

La presente cobertura se dará por terminada al cumplirse cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Por el pago del beneficio del presente endoso.
- b) Por falta de pago oportuno de las primas.
- c) Por cancelación a solicitud del asegurado.
- d) Por falsas e inexactas declaraciones en la solicitud del seguro.
- e) Que haya operado alguna opción de conversión conforme al plan contratado, incluyendo la opción de conversión a seguro saldado o prorrogado.
- f) La muerte del asegurado.
- g) Al cumplir el asegurado 65 años de edad.

EXCLUSIONES

NO PODRÁ RECLAMARSE NI OBTENERSE EL BENEFICIO CONVENIDO EN EL PRESENTE ENDOSO:

1. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL RESULTA COMO CONSECUENCIA DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/O INTENTO DE SUICIDIO.
2. SI LA ENFERMEDAD CUBIERTA ES DE ORIGEN Y MANIFESTACIÓN SINTOMÁTICA ANTERIOR A LA FECHA DE INCLUSIÓN DE ESTE ENDOSO EN LA PÓLIZA.
3. SI A LA FECHA DELA RECLAMACIÓN HUBIERA TERMINADO LA VIGENCIA DE ESTE BENEFICIO O HUBIERA CESADO EN SUS EFECTOS EL CONTRATO DE SEGURO DEL QUE FORMA PARTE.
4. ADICCIÓN AL ALCOHOL, DROGAS, ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS.
5. PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, COMO ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.
6. CUALQUIER CÁNCER NO INVASIVO E “IN SITU”, O METÁSTASIS, ASÍ COMO EL CÁNCER DE LA PIEL, LOS CONSIDERADOS COMO LESIONES PREMALIGNAS, EXCEPTO EL MELANOMA DE INVASIÓN.
7. ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
8. TRANSPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
9. SIDA O PRESENCIA DEL VIRUS V.I.H.
10. RIÑA CUANDO EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR O ALBOROTOS POPULARES.
11. EL CASO DE PERIODOS TEMPORALES DE DIÁLISIS Y DE QUE UN SOLO RIÑÓN SEA EXTRAÍDO.

CLÁUSULA PARA MUJERES

Mediante este endoso que forma parte de la póliza a la que se adiciona, se hace constar que, conforme a los procedimientos registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la tarifa del seguro de vida aplicable a personas del sexo femenino equivale a la del sexo masculino, descontando tres años de la edad del asegurado para efectos de la determinación de la prima y valores garantizados.

CLÁUSULA PARA NO FUMADORES

Mediante este endoso que forma parte integrante de la póliza a la que se adiciona, la compañía hace constar que el asegurado ha sido calificado como NO FUMADOR, como resultado de las declaraciones establecidas por el asegurado en la solicitud.

Por tal motivo, el asegurado gozará de los beneficios que ampara la póliza a que este endoso se refiere, pagando la prima especial para NO FUMADOR de acuerdo al sistema registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por el tiempo que establece la póliza, y mientras persistan las condiciones declaradas por el asegurado en la solicitud respectiva. En caso de presentarse cambios en las condiciones dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de su rehabilitación, el asegurado deberá comunicarlo por escrito a la compañía a más tardar en el siguiente aniversario de la póliza. Transcurridos esos dos años la póliza será indisputable.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Mayo de 2004, 04 de Diciembre de 2006, 05 de Enero de 2006, 18 de Diciembre de 2009, 07 de Julio del 2000, 31 de Julio de 2013, 26 de Septiembre de 2013, con el número CNSF-S0023-0064-2004, BADI-S0023-0084-2006, CGEN-S0023-0116-2006, CGEN-S0023-0133-2009, DVA-S-323/2000, CGEN-S0023-0149-2013, CGEN-S0023-0197-2013”.

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS BÁSICOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO DE UN SEGURO?

- Cuando se contrata un Seguro de Vida es posible que desconozcas los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario al momento de adquirir la protección de un seguro, en caso de algún imprevisto amparado.
- Si conoces tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás malos entendidos y en consecuencia, estarás mejor informado.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Como contratante, antes y durante la contratación del seguro tienes derecho a:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que lo acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro, esta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web:

www.segurosatlas.com.mx, o puedes acudir a cualquiera de nuestras oficinas, donde tendremos el gusto de atender a todas tus inquietudes.

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará del pago correspondiente la prima pendiente de pagar así como cualquier otro adeudo derivado del contrato de seguro.
- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente

- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

- Conocer si eres beneficiario en una póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Para mayor información visite
<http://www.segurosatlas.com.mx>

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de mayo de 2015 con el número RESP-S0023-0482-2015”.