

Condiciones Generales

Seguro Paquete Individual de Accidentes y Enfermedades y Vida

Diciembre/2024

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 Ciudad de México. 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 Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición (ARCO).

Índice

Sección 1. Definiciones.....	5
Sección 2. Descripción de coberturas.....	8
1. Cobertura(s) básica(s).....	8
1.1. Cobertura de Fallecimiento	8
1.2. Cobertura de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas.....	9
1.3. Cobertura de Invalidez y/o Incapacidad Total y Permanente por Accidente	12
1.4. Gastos Funerarios.....	13
1.5. Gastos Funerarios Familiar	14
1.6. Cobertura de Cáncer.....	15
1.7. Cobertura de Enfermedades Cardíacas	17
1.8. Cobertura de Enfermedades Graves.....	19
1.9. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.....	22
1.10. Cobertura Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	24
1.11. Cobertura de Cirugías	26
Sección 3. Cláusulas generales.....	29
1. Objeto del Contrato	29
2. Contrato.	29
3. Vigencia del Contrato	29
4. Moneda	29
5. Régimen Fiscal	29
6. Notificaciones.....	29
7. Rectificación de la póliza	30
8. Modificaciones	30
9. Comisiones	30

10.	Edad.....	30
11.	Prima y Obligaciones de Pago	31
12.	Altas.....	32
13.	Bajas.....	32
14.	Omisiones o Declaración Inexactas y Rescisión del Contrato	33
15.	Renovación.....	33
16.	Rehabilitación.....	34
17.	Terminación anticipada del contrato	34
18.	Aviso.....	35
19.	Siniestros e Indemnización.....	36
20.	Preexistencia.....	37
21.	Arbitraje Médico	37
22.	Suicidio	38
23.	Beneficiarios.....	39
24.	Interés Moratorio	39
25.	Impedimento de pago.....	39
26.	Prescripción	39
27.	Competencia	40

Sección 1. Definiciones

Para efecto de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

Definiciones aplicables a todo el contrato

1. **Asegurado:** es aquella persona para la cual se solicita el seguro, que cumple con la elegibilidad y edades de aceptación.
2. **Asegurado Titular:** persona física para la cual, en primera instancia, se solicita la Cobertura y cuyo nombre aparece en la carátula de Póliza.
3. **Contratante:** es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para si y/o para terceras personas con las que tenga un interés jurídico para su aseguramiento.
4. **Concubina(rio):** es aquella persona física que mantiene una relación marital con el asegurado sin encontrarse unidos en matrimonio, ni tener impedimento para celebrarlo en los términos de la legislación civil respectiva.
5. **Edad:** para efectos de este contrato se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de alta en la Póliza y las subsecuentes renovaciones.
6. **Elegibilidad:** regla clara y de aplicación general determinada por el contratante, que define a las personas que podrán ser aseguradas.
7. **Familia:** para efecto de este contrato se considera como Familia a las siguientes personas:
 - Asegurado Titular.
 - Cónyuge o Concubina (rio) del Asegurado titular.
 - Hijos solteros del Asegurado titular.

El cónyuge o concubina (rio) así como los hijos serán los que tengan esta calidad en términos de la legislación civil y cumplan con la edad de aceptación que se indique en las coberturas según se contraten y que en cuyo caso podrán ser Asegurados.

8. **Padecimiento preexistente:** Se consideran Padecimientos preexistentes:

Los que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente Médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente Médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un Tratamiento Médico del Padecimiento de que se trate.

9. **Periodo de carencia:** es el tiempo que debe esperar el Asegurado después de la fecha de inicio de vigencia del seguro para recibir la cobertura que contrato.
10. **Periodo de espera:** es el tiempo que transcurre a partir de la ocurrencia del evento que detona el siniestro y del cual las coberturas cubran los casos contemplados en la póliza.

11. **Póliza:** documento que instrumenta el contrato de seguros, para acreditar en forma general los términos y las condiciones que regulan de forma general, particular o especial las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas, el contratante y los asegurados.
12. **Regla de Suma Asegurada:** es la regla elegida por el contratante y aceptada por Seguros Atlas, para determinar la suma asegurada y que aparezca en la caratula de póliza.
13. **Siniestro:** la realización del evento cubierto de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro pactado.
14. **Seguros Atlas:** Compañía aseguradora registrada con razón social Seguros Atlas, S.A.
15. **Suma Asegurada:** límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas.

Definiciones aplicables a las coberturas

1. **Accidente:** Acontecimiento provocado por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origina directamente lesiones corporales o la muerte del asegurado.
2. **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.
3. **Cirugía de Bypass:** Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos.
4. **Cirugía de la Aorta:** Cirugía abierta de la aorta torácica o abdominal, con resección de algún segmento del vaso, a menudo con colocación de un injerto. Incluye coartectomía para tratamiento de coartación de aorta, resección de aneurismas o tratamiento quirúrgico de la disección aórtica.
5. **Cirugía de Válvulas Cardíacas:** Primera ocurrencia de una cirugía de válvulas cardíacas (endoscópica o a corazón abierto) realizada para substituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos que no puedan ser reparados con procedimientos intravasculares. La cirugía debe llevarse a cabo por recomendación de un cardiólogo.
6. **Enfermedad:** Toda alteración de la salud, que resulte por la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo.
7. **Enfermedad mental:** se entiende como una alteración significativa del estado cognitivo, de la regulación de las emociones o del comportamiento del individuo como resultado de una afección de la función mental.
8. **Hospital:** institución autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, atención médica o quirúrgica de pacientes.
9. **Infarto Agudo de Miocardio:** muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio. Elevación y descenso de las troponinas cardíacas a niveles considerados diagnósticos que sea superior al percentil 99 de una población de referencia, al menos 2 de los siguientes síntomas:
 - Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
 - Cambios nuevos en el electrocardiograma (ECG) compatibles con infarto o aparición de un nuevo bloqueo de la rama izquierda del haz de His (BRIHH).
 - Evidencia en estudios de imagen de nueva pérdida de miocardio o anomalías regionales en la movilidad de las paredes.

- 10. Invalidez Total y Permanente:** estado del asegurado originado por el sufrimiento de lesiones corporales a causa de un accidente que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos o aptitudes y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente.
- 11. Médico:** profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.
- 12. UMA:** Unidad de Medida y Actualización publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- 13. UMAM:** Es la Unidad de Medida y Actualización Mensual, se obtiene de multiplicar 30.4 por el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Sección 2. Descripción de coberturas

1. Cobertura(s) básica(s)

Las coberturas que a continuación se especifican, operan únicamente si se hubieran contratado expresamente y se encuentran mencionadas en la Póliza.

1.1. Cobertura de Fallecimiento

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular por cualquier causa dentro de la vigencia de esta cobertura, Seguro Atlas pagará la suma asegurada contratada al Beneficiario designado.

1.1.1 Edad de aceptación

Las edades de aceptación para fines de la presente cobertura se encuentran definidas a continuación:

- Seguros Obligatorios según se contrate: la edad mínima de aceptación es de 18 años y la edad máxima es de 98 años. La póliza se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 99 años.
- Seguros Voluntarios según se contrate: la edad mínima de aceptación es de 18 años y la edad máxima es de 84 años. La póliza se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 85 años cumplidos.

1.1.2 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado supere la edad de aceptación establecida.

1.2. Cobertura de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas

Si el Asegurado Titular sufriera un accidente en la vigencia de la póliza y este le causa la muerte o pérdida orgánica, siempre y cuando estos ocurran durante los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente, Seguros Atlas pagara un porcentaje de la suma asegurada vigente para esta cobertura con base en la Tabla de indemnizaciones, la suma asegurada se duplicara si el accidente ocurre bajo las siguientes circunstancias:

- 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 operé 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.

Si el accidente que dio origen a la reclamación no es de los indicados anteriormente la indemnización se pagará sobre la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Tabla de Indemnización

Indemnización por pérdida de:	% de Suma Asegurada
La vida del asegurado	100%
Ambas manos, de ambos pies, o de la vista en ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano o un pie, conjuntamente, la vista de un ojo	100 %
De la mano o un pie	50%
De tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de la mano	30%
De tres dedos, que no sean el pulgar o índice de la mano	25%
Del Pulgar y otro dedo que no sea el índice de la mano	25%
Del índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
Del pulgar de cualquier mano	15%
Del índice de cualquier mano	10%
Del dedo medio, el anular o el meñique	5%
De la vista de un ojo	30%
La amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%
El acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm	15%

1.2.1 Edad de aceptación

La edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 84 años. La cobertura se cancelará automáticamente al aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 85 años.

1.2.2 Exclusiones

Esta cobertura no ampara siniestros que sean consecuencia directa de:

- a) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentra realizando actividades de practica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- b) Cualquier alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que no sean resultado directo de un accidente.**
- c) Accidentes ocurridos al asegurado como consecuencia de una enfermedad mental.**
- d) La participación en cualquier forma de navegación aérea que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- e) Accidente ocurrido al asegurado cuando se encuentre en cualquier vehículo tomando parte directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- f) Accidentes que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- g) Lesiones sufridas en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- h) Accidentes derivados de riña y actos delictuosos en que participe directamente el asegurado o sus beneficiarios y éste sea sujeto activo.**
- i) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- j) Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales.**
- k) Suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

1.2.3 Cancelación automática de la cobertura

Esta cobertura se cancelará automáticamente para el asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la prima correspondiente.
2. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea mayor a la edad máxima de renovación establecida en esta cobertura.
3. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
4. En el momento en el que el Asegurado Titular sea indemnizada(o) hasta la suma asegurada máxima de acuerdo con lo especificado en la presente cobertura.

1.3. Cobertura de Invalidez y/o Incapacidad Total y Permanente por Accidente

Si el Asegurado Titular sufre un accidente en la vigencia de la Póliza y a consecuencia de este le es dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente, Seguros Atlas otorgará la Suma Asegurada contratada una vez transcurrido el periodo de espera de 6 meses contados a partir de la fecha del accidente que dio origen al mismo.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente, y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Seguros Atlas podrá declinar el siniestro si la condición que provoque el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió y si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

1.3.1 Edad

La edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 64 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 65 años.

1.3.2 Exclusiones

No se cubrirán los siniestros ocurridos o provocados cualquiera de las siguientes causas:

- a) Accidentes que sufra el asegurado en ejercicio de funciones de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada, en actos de guerra, rebelión, insurrección o manifestaciones violentas en las que participe el asegurado en forma directa.**
- b) Accidentes que sufra el asegurado cuando se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de alucinógenos.**
- c) 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.**

1.3.3 Cancelación automática de la cobertura

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
- 2. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
- 3. En el momento en el que el Asegurado Titular sea indemnizado de acuerdo con lo especificado en la presente cobertura.

1.4. Gastos Funerarios

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular en la vigencia de la póliza, Seguro Atlas pagará la suma asegurada al beneficiario designado.

1.4.1 Edad de aceptación

La edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 84 años. La póliza se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 85 años cumplidos.

1.4.2 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
3. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular supere la edad de aceptación establecida.

1.5. Gastos Funerarios Familiar

En caso de ocurrir el fallecimiento de alguno de los miembros de la Familia en la vigencia de la póliza Seguros Atlas pagará la suma asegurada contratada como se indica a continuación:

- En caso del fallecimiento del Asegurado titular, se pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por este asegurado y a falta de designación se pagará a la sucesión en los términos de la legislación.
- En caso del fallecimiento del Cónyuge o Concubina(rio), se pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por este asegurado y a falta de designación se pagará a la sucesión en los términos de la legislación.
- En caso del fallecimiento de los Hijos, se pagará la suma asegurada contratada por cada hijo al Asegurado titular si así hubiera sido designado o a quien en su caso se establezca y a falta de esos se pagará a la sucesión. En caso de hijos menores de 12 años, la suma asegurada no podrá ser mayor a 10 UMAM y esta se entregará al Asegurado titular.

1.5.1 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- Asegurado titular: la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 84 años. La cobertura se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 85 años.
- Cónyuge o concubina (rio): la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 84 años. La cobertura se cancelará automáticamente para el cónyuge al aniversario de la póliza en que la edad cumplida del cónyuge o concubina(rio) sea de 85 años.
- Hijos: la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. La cobertura se cancelará automáticamente para el hijo al aniversario de la póliza en que la edad cumplida del hijo sea de 25 años.

1.5.2 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado titular supere la edad de aceptación establecida.

1.6. Cobertura de Cáncer

Si el Asegurado después de transcurrido el periodo de carencia es diagnosticado con cáncer en la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas pagará la Suma Asegurada contratada que se indica en la Póliza.

Para efectos de esta cobertura también se considera Cáncer: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

1.6.1 Limitantes

Esta cobertura quedará automáticamente cancelada para cada asegurado al presentarse el pago de la indemnización respectiva por la ocurrencia de Cáncer.

1.6.2 Periodo de carencia

Se establece un periodo de carencia de 60 días.

1.6.3 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.

1.6.4 Exclusiones

Esta cobertura no ampara los siniestros que sean consecuencia directa de:

- a) Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas**
- b) Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del The American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- c) Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición de la The American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- d) Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberante.**
- e) Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 60 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica, o cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.**

1.6.5 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para el Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea mayor a la edad máxima de renovación establecida en la misma.
3. En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado de acuerdo con lo especificado en la presente cobertura.

1.7. Cobertura de Enfermedades Cardíacas

Si después de transcurrido el periodo de carencia el asegurado tiene un diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio o se le realiza una Cirugía de Bypass o Cirugía de Aorta o Cirugía de Válvulas Cardíacas en la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas le pagará al Asegurado la Suma Asegurada indicada en la póliza siempre y cuando la enfermedad cardíaca se cumpla en los términos definidos a continuación.

1.7.1 Limitantes

Se cubre una indemnización por Asegurado durante de la vigencia de la póliza y en la renovación se reinstalará la suma asegurada.

1.7.2 Periodo de carencia

Se establece un periodo de carencia de 60 días, este periodo de carencia no aplica en el caso de Infarto Agudo al Miocardio.

1.7.3 Edades de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.

1.7.4 Exclusiones

No se cubren siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas de acuerdo con el diagnóstico o procedimiento:

Infarto Agudo al Miocardio

- a) Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- b) Angina de pecho.**
- c) Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto.**

Cirugía de Bypass

- a) Angioplastia coronaria, colocación de stents coronarios o cualquier procedimiento intra-arterial con base en catéteres.**

- b) Revascularización con láser.**
- c) Técnicas quirúrgicas que no requieran la apertura del tórax u otras cirugías cardiacas que no sean específicamente una cirugía de bypass coronario.**

Cirugía de Aorta

- a) Cualquier procedimiento intraarterial con base en catéteres tales como colocación de stents o reparación endovascular.**
- b) Cirugía en ramas de la aorta.**

Cirugía de Válvulas Cardiacas

- a) Reparaciones valvulares mediante procedimientos intravasculares (uso de clips, dilatación con balón, prótesis de implantación intravascular)**

1.7.5 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado supere la edad máxima establecida en la misma.
3. En el momento en que el Asegurado sea indemnizado por alguna de los diagnósticos o procedimiento especificado por esta cobertura.

1.8. Cobertura de Enfermedades Graves

Si después de transcurrido el periodo de carencia el Asegurado tiene un diagnóstico de Enfermedad Grave en la vigencia de la Póliza Seguros Atlas le pagará la Suma Asegurada contratada que se indica en la Póliza, siempre y cuando la Enfermedad Grave se cumpla en los términos definidos a continuación:

Insuficiencia Renal Terminal

Si el Asegurado es diagnosticado con enfermedad renal total manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Accidente Cerebrovascular

Si el Asegurado tiene un Diagnóstico definitivo de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneal, con:

- ✓ Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- ✓ Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 2 meses después de la fecha del diagnóstico.

Parálisis de extremidades

Si el Asegurado es diagnosticado con una pérdida total de la función muscular en dos o más extremidades (brazos o piernas) como resultado de una lesión o de una enfermedad de la médula espinal o del cerebro, que debe persistir por al menos 90 días después del evento precipitante.

También se considera que el Asegurado tiene pérdida de función de miembros o extremidades: diplejía, hemiplejía, tetraplejía o cuadriplejía.

Esclerosis múltiple

Si el Asegurado es diagnosticado con esclerosis múltiple con alteraciones de la función motora o sensitiva, o déficit neurológico múltiple que persisten por un período continuo de al menos 6 meses.

Trasplante de Órganos

Si al Asegurado se le practica un trasplante de:

- ✓ Corazón
- ✓ Pulmón
- ✓ Hígado
- ✓ Riñón
- ✓ Páncreas

Seguros Atlas pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. El trasplante debe ser médicamente necesario con base en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

Pérdida profunda de la Visión o Ceguera

Para efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado tiene una pérdida total e irreversible de la visión de ambos ojos causada por accidente o enfermedad, si:

- ✓ Tiene una agudeza visual igual o menor a 20/400 (0.05) en el mejor ojo y con la mejor corrección posible, o
- ✓ Campo visual igual o menor a 10 grados, en el mejor ojo y con la mejor corrección posible.

Pérdida profunda de la Audición o Sordera

Para efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado tiene Pérdida irreversible, total o profunda e irreversible, de la audición en ambos oídos, causada por accidente o enfermedad, si tiene

umbrales auditivos sensorio-neurales mayores o iguales a 90 dB (decibelios) en ambos oídos, medidos por audiograma, en todas las frecuencias de audición.

1.8.1 Limitantes

Se cubre una indemnización de Enfermedad Grave en la vida del Asegurado, al indemnizarse alguna de las enfermedades graves quedará cancelada dicha enfermedad grave y se reinstala la suma asegura respecto a cualquiera otra enfermedad grave distinta a la reclamada.

1.8.2 Periodo de carencia

Se establece un periodo de carencia de 60 días, este periodo no aplica en caso de Accidente Cerebro Vascular y Parálisis de Extremidades.

1.8.3 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.

1.8.4 Exclusiones

No se cubren siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas según la enfermedad grave:

Insuficiencia Renal Terminal

a) Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento

Accidente Cerebrovascular

- Ataque isquémico transitorio.**
- Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.**
- Hemorragia cerebral secundaria a una lesión cerebral preexistente.**
- Anormalidades en estudios de imagen sin síntomas clínicos claramente relacionados o signos neurológicos.**

Parálisis de extremidades

- a) Condiciones o trastornos en los cuales la parálisis sea de naturaleza temporal.
- b) Daños autoinfligidos.
- c) Parálisis parcial.

Trasplante de Órganos

- a) Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.
- b) Donante del órgano.

Pérdida profunda de la Visión o Ceguera

- a) Pérdida de la visión o ceguera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

Pérdida profunda de la Audición o Sordera

- a) Sordera que pueda ser corregida mediante tratamiento médico de cualquier tipo.

1.8.5 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado supere la edad máxima establecida en la misma.

1.9. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

Si como consecuencia de un Accidente que requiere tratamiento médico o quirúrgico en los primeros 15 días posteriores a su ocurrencia o Enfermedad, después de transcurrido el periodo de carencia es internado en un Hospital por un lapso mayor a 24 horas continuas en la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas le pagará al Asegurado la renta contratada por cada día que se encuentre internado, hasta la suma asegurada y número de días que se estipule en la póliza.

1.9.1 Limitante

- No hay límite de eventos de internamiento.
- El número de días de internamiento contratados estará disponible para cada internamiento, es decir, no son acumulativos entre un internamiento y otro.

1.9.2 Periodo de carencia

Se establece un periodo de carencia de 60 días; este periodo no aplica en caso de Accidente.

1.9.3 Periodo de beneficio

Siempre que exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, si el Asegurado está haciendo uso de la cobertura al momento de finalizar la vigencia de la Póliza y dicha Póliza no se renueva, se le pagarán la renta diaria contratada hasta por los días contratados para ese internamiento.

No procederán reclamaciones a consecuencia de internamientos cuyo origen este fuera de la vigencia de la Póliza.

1.9.4 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.

1.9.5 Exclusiones

No se cubren siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

- Tratamientos ambulatorios.**
- Hospitalización por tratamientos para la fertilidad, esterilización, embarazo, aborto, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias.**

- c) Hospitalización por tratamientos y cirugías dentales y maxilofaciales.
- d) Hospitalización para la realización de cirugías estéticas para fines de embellecimiento, así como toda cirugía que tenga por finalidad corregir deformaciones, malformaciones, imperfecciones y anomalías congénitas incluyendo cirugías plásticas a menos que la cirugía sea consecuencia de un accidente.
- e) Hospitalización para recibir tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo.
- f) Hospitalización a causa de padecimientos como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- g) Hospitalización a causa de padecimientos crónicos.
- h) Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.
- i) Hospitalización en instituciones específicamente dedicadas a la enfermería, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcohólicos o drogadictos.

1.9.6 Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado supere la edad máxima establecida en la misma.

1.10. Cobertura Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

Si como consecuencia de un Accidente que requiere tratamiento médico o quirúrgico en los primeros 15 días posteriores a su ocurrencia el Asegurado es internado en un Hospital por un lapso mayor a 24 horas continuas en la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas le pagará la renta contratada por cada día que el asegurado este internado, hasta la suma asegurada y número de días que se estipule en la póliza.

1.10.1 Limitante

- No hay límite de eventos de internamiento.
- El número de días de internamiento contratados estará disponible para cada internamiento, es decir, no son acumulativos entre un internamiento y otro.

1.10.2 Periodo de beneficio

Siempre que exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, si el Asegurado está haciendo uso de la cobertura al momento de finalizar la vigencia de la Póliza y dicha Póliza no se renueva, se le pagarán la renta diaria contratada hasta por los días contratados para ese internamiento.

No procederán reclamaciones a consecuencia de internamientos cuyo origen este fuera de la vigencia de la Póliza.

1.10.3 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.
-

1.10.4 Exclusiones

No se cubren siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

- a) **Tratamientos ambulatorios.**
- b) **Hospitalización por tratamientos para la fertilidad, esterilización, embarazo, aborto, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias.**
- c) **Hospitalización por tratamientos y cirugías dentales y maxilofaciales.**
- d) **Hospitalización para la realización de cirugías estéticas para fines de embellecimiento, así como toda cirugía que tenga por finalidad corregir deformaciones, malformaciones, imperfecciones y anomalías congénitas**

incluyendo cirugías plásticas a menos que la cirugía sea consecuencia de un accidente.

- e) Hospitalización para recibir tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo.**
- f) Hospitalización a causa de padecimientos como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- g) Hospitalización a causa de padecimientos crónicos.**
- h) Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**
- i) Hospitalización en instituciones específicamente dedicadas a la enfermería, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcohólicos o drogadictos.**

1.10.5 Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado supere la edad máxima establecida en la misma.

1.11. Cobertura de Cirugías

Si después de transcurrido el Periodo de Carencia y como consecuencia de un Accidente que requiere tratamiento médico o quirúrgico en los primeros 15 días posteriores a su ocurrencia o Enfermedad el Asegurado es internado dentro de la vigencia del seguro por un lapso mínimo de 48 horas y se le practica una Intervención Quirúrgica prescrita por el Médico tratante en la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas pagará la Suma Asegurada indicada en la Póliza.

Se entenderá por intervención quirúrgica al procedimiento quirúrgico terapéutico realizado por un Cirujano, que requiere que el Asegurado este bajo anestesia general o regional en epidural o lumbar o espinal para la realización de dicho procedimiento.

1.11.1 Limitantes

Únicamente se cubre una cirugía en la vigencia de la póliza, por lo que, dicha cobertura se pagará en una sola ocasión en dicha vigencia y la cobertura se cancelará para esa vigencia. La cobertura se habilitará nuevamente en la renovación de la póliza.

1.11.2 Periodo de carencia

Se establece un periodo de carencia de 60 días, salvo para las cirugías de hernias de cualquier tipo, cirugías de tumores benignos de la piel, tejido subcutáneo, tejido adiposo, lipomas o cirugía de vesícula biliar que tendrán un plazo de 180 días.

El periodo de carencia no aplica en caso de cirugías practicadas en ocasión de un problema medico urgente que pone en riesgo la vida del asegurado tales como: Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda, torsión testicular.

1.11.3 Edad de aceptación

La edad de aceptación dependerá del tipo de Asegurado según se contrate pudiendo ser:

- **Asegurado titular:** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Cónyuge o concubina (rio):** la edad de aceptación mínima es de 18 años y la edad máxima es de 74 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 75 años.
- **Hijos:** la edad de aceptación mínima es de 0 años y la edad máxima de aceptación es de 24 años. El asegurado se dará de baja automáticamente al aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 25 años.

1.11.4 Exclusiones

No se cubren siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Cualquier intervención quirúrgica relacionada con condiciones preexistentes en la fecha de inicio de la póliza.**
- b) Cualquier intervención quirúrgica dirigida a corregir problemas o defectos congénitos, entendiéndose por defecto congénito la alteración del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en algún lugar, órgano o sistema del cuerpo humano**

- que se originó durante el embarazo, independientemente de si es evidente al nacer o se manifiesta posteriormente. El conjunto de alteraciones congénitas o malformaciones que se originaron durante el embarazo se considerará como un evento único.
- c) **Cualquier intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad y disfunción eréctil.**
 - d) **Todas las intervenciones quirúrgicas cosméticas o reconstructivas, incluidas las de tipo dental, excepto las necesarias como consecuencia directa de:**
 - **Un accidente automovilístico que pueda ser verificado completamente con documentación oficial de compañías de seguros y/o autoridades en la que se registren claramente las lesiones.**
 - **Un accidente de trabajo calificado como tal por las autoridades en esta materia y que su ocurrencia y las lesiones sufridas sean plenamente verificables.**
 - e) **Cualquier intervención quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.**
 - f) **Cualquier intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.**
 - g) **Cualquier intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobrepeso y obesidad y las dirigidas para corregir o tratar la calvicie.**
 - h) **Tumores y cánceres de piel (excepto melanoma maligno), carcinomas no invasivos "in situ", así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.**
 - i) **Intervenciones quirúrgicas para la nariz y los senos paranasales, cualquiera que sea su causa.**
 - j) **Intervenciones quirúrgicas con fines preventivos o para comprobar el estado de salud.**
 - k) **Intervenciones quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:**
 - **Práctica profesional de cualquier deporte.**
 - **Actos delictivos en los que el Asegurado participe intencionalmente.**
 - **Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.**
 - **Intento de suicidio o autolesión.**
 - **Consumo de drogas de cualquier tipo (excepto si fueron prescritas por un médico) o bajo la influencia del alcohol por culpa del Asegurado.**
 - **Estados de depresión o trastorno mental.**
 - l) **Cualquier intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de una condición o evento excluido o que no estaba cubierto originalmente por esta póliza.**
 - m) **Todas las incisiones no en "cavidades" (piel y tejido subcutáneo) menores de 2 cm. en dolencias benignas.**
 - n) **Cirugía experimental.**

- o) Legrados ginecológicos.**
- p) Cirugías realizadas por familiares directos del asegurado hasta tercer grado.**

1.11.5 Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Falta de pago de la Prima correspondiente.
2. En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea mayor a la edad máxima de renovación establecida en la misma.
3. En el momento en el que el Asegurado sea indemnizado de acuerdo con lo especificado en la presente cobertura.

Sección 3. Cláusulas generales

1. Objeto del Contrato

El propósito del presente contrato es ofrecer un seguro que indemnice a los beneficiarios conforme a las coberturas contratadas y que sirva de ayuda económica para subsanar los gastos relacionados con el fallecimiento, accidentes o enfermedades que afecten a los Asegurados en su salud o su existencia conforme a los términos del presente Contrato.

2. Contrato.

Los documentos que a continuación se mencionan constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas: la solicitud de Seguro, la Póliza, la carátula de Póliza, Condiciones generales, el registro de Asegurados, los recibos de pago, Endosos.

3. Vigencia del Contrato

Salvo convenio expreso entre Contratante y Seguros Atlas, la vigencia de este seguro será por un año e inicia y termina su vigencia en la fecha y hora indicadas en la carátula de la póliza.

4. Moneda

Este contrato de seguros estará referenciado en moneda nacional de acuerdo con lo indicado en la carátula de póliza. Todos los pagos relativos a ese Contrato ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado a Seguros Atlas, 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 fecha del pago.

5. Régimen Fiscal

El régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

6. Notificaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones que el contratante necesite hacer a Seguros Atlas, deberá efectuarlos por escrito a su domicilio indicado en la carátula de la póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República Mexicana. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de Seguros Atlas, excepto que ésta se lo indique al Contratante. Los requerimientos, avisos y notificaciones de Seguros Atlas para el Contratante se harán en el último domicilio del Contratante que sea conocido por Seguros Atlas.

7. Rectificación de la póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

8. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, sólo se modificarán previo acuerdo entre el Contratante y Seguros Atlas, mediante Endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

9. Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario persona física o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10. Edad

a. Comprobación

Seguros Atlas se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, Seguros Atlas realizará la anotación respectiva, sin que pueda pedir nuevas pruebas.

b. Declaración inexacta de la edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, Seguros Atlas no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la prima neta no devengada del contrato en la fecha de su rescisión.

i. Edad real comprendida dentro de los límites de admisión

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Seguros Atlas, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la

- proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
 - c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
 - d) Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

ii. Edad real comprendida fuera de los límites de admisión

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido automáticamente y la obligación de Seguros Atlas 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.

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

11. Prima y Obligaciones de Pago

a) Obligaciones de Pago

La Prima Total convenida deberá ser pagada por el Contratante.

b) Prima total

La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a las coberturas contratadas, vence a la fecha de celebración del contrato, la obligación del Contratante y/o Asegurados corresponderá al total del periodo de cobertura.

La forma de pago es en una sola exhibición correspondiente al plazo del seguro contratado. Salvo convenio en contrario, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije Seguros Atlas al momento de la celebración del contrato.

c) Recibo de pago

Para que se efectúe el pago de la Prima, en los casos en que ésta deba pagarse en una sola exhibición, Seguros Atlas emitirá un recibo.

En caso de optar por cubrir la Prima pactada en parcialidades, Seguros Atlas emitirá el número de recibos correspondientes de acuerdo con la fracción de pagos convenida.

Cada Recibo deberá ser pagado a la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo.

d) Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia que podrá convenirse entre el Contratante y Seguros Atlas, para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el recibo y que aparecerá en la caratula de póliza. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el periodo de gracia, se aplicará un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo.

e) Medio de Pago

Los Recibos deberán ser pagados por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice Seguros Atlas, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de Seguros Atlas.

Queda bajo la responsabilidad de Seguros Atlas, entregar al Contratante acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a la tarjeta de crédito o débito.

Asimismo, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que Seguros Atlas ha cobrado y recibido la prima respectiva, aun cuando Seguros Atlas no haya entregado el recibo expedido por ésta respecto del pago de prima correspondiente.

12. Altas.

Podrá darse de alta cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de “Familia”, mediante el llenado de la solicitud por parte del Contratante y aceptación de Seguros Atlas.

13. Bajas.

Causarán baja de la Cobertura de la Póliza, cualquier Asegurado que fallezca o alcance la edad máxima establecida en la(s) cobertura(s) contratadas, o bien que, siendo cónyuge, se separe legalmente del Asegurado Titular.

14. Omisiones o Declaración Inexactas y Rescisión del Contrato

El Contratante y/o Asegurados está obligados a declarar por escrito a Seguros Atlas, de acuerdo con la solicitud, todos los hechos y datos ahí solicitados, para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a Seguros Atlas para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Seguros Atlas comunicará en términos de la cláusula “Comunicaciones” al Contratante y/o al Asegurado y/o Beneficiarios, la rescisión del contrato, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que Seguros Atlas conozca la omisión o inexacta declaración.

15. Renovación

El Contratante para renovar la Póliza tendrá que solicitarlo por escrito a Seguros Atlas dentro de los 30 días anteriores al fin de vigencia del contrato.

Seguros Atlas aplicará en la renovación, condiciones de Cobertura congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán Periodos de Espera, no se reducirán los límites de edad, ni se solicitarán nuevos requisitos de asegurabilidad.

El incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

Seguros Atlas informará con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la Prima aplicables a la misma.

Cualquier cambio que se pretenda realizar a la Póliza en su renovación estará sujeto a la autorización de Seguros Atlas y a sus políticas de suscripción, Cuando se trate de un cambio de plan contratado en Seguros Atlas, los beneficios ganados por antigüedad de los Asegurados no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

En el caso de Asegurados que a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestren que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, Seguros

Atlas a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los Gastos Médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las Primas que en su caso debió pagar a Seguros Atlas durante el periodo que estuvo incapacitado.

En los casos en que por cualquier causa Seguros Atlas suspenda la operación de seguros de Gastos Médicos Mayores, los Asegurados con Siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la Cobertura de los Gastos Médicos, descontando a cada año, de los saldos reclamados, la Prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro.

Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado Titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

16. Rehabilitación

No obstante, lo establecido en la cláusula de Prima y Obligaciones de Pago, después de haber sido cancelada la Póliza de manera automática o a petición, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza después del Periodo de Gracia, referido en dicha cláusula.

La rehabilitación de este seguro podrá efectuarse siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito a Seguros Atlas a través de los medios que se pongan a disposición, así como presentando la información actualizada en la contratación de la Póliza comprobando que reúne las condiciones necesarias de asegurabilidad a la fecha de solicitud, sin que esto implique la aceptación de la rehabilitación.

Una vez que Seguros Atlas acepte el riesgo y le sea informado, fijará la Prima que corresponda o la parcialidad de ella si se pactó su pago fraccionado, cuya cantidad el Contratante deberá cubrir. Posteriormente Seguros Atlas hará constar la rehabilitación a la que se refiere esta cláusula en la Póliza y/o Endoso(s).

17. Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá terminar de forma anticipada este contrato, previo aviso por escrito a Seguros Atlas o por el medio por el que hubiera contratado el seguro, en donde se indique la fecha de terminación del Contrato, la cual no podrá ser menor a la fecha de aviso.

Para efectos de lo anterior el Contratante deberá adjuntar a la solicitud una identificación oficial vigente del mismo que formule la solicitud, posterior a ello, Seguros Atlas le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

Seguros Atlas confirmará la fecha de terminación del contrato al Contratante, a través de los mismos medios bajo los cuales se realizó la solicitud, en este caso, Seguros Atlas reembolsará al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima neta pagada retenida el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos retenido procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso del que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

Si posterior a la fecha de terminación del Contrato, se reporta un siniestro precedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la póliza terminada, se tendrá que realizar nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será; la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El reembolso al Contratante se pagará a más tardar en treinta días hábiles contados a partir de la fecha de terminación del Contrato.

En todo caso, Seguros Atlas no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

18. Aviso.

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de Seguros Atlas.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el beneficiario, en su caso, gozarán de un plazo máximo de 5 días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

Cuando el Asegurado o el beneficiario, en su caso, no cumplan con la obligación que les impone esta cláusula, Seguros Atlas podrá reducir la prestación debida hasta la indemnización que habría correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

19. Siniestros e Indemnización

Para que Seguros Atlas pueda proceder de manera oportuna en el cumplimiento de las obligaciones relativas al pago de siniestros al ocurrir las coberturas contratadas, el Asegurado o los Beneficiarios (según corresponda) deberán atender lo siguiente:

a. Pruebas y comprobación

Cuando se derive alguna obligación para Seguros Atlas, el reclamante, deberá entregar a Seguros Atlas la información listada en el formato “**Documentación para tramite de siniestro**” para comprobar que el siniestro ocurrió estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

De conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas tendrá el derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Las obligaciones de Seguros Atlas quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

Seguros Atlas se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos en los cuales se base la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

Cualquier pago que Seguros Atlas haya realizado a consecuencia de omisión o negligencia por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiarios, obliga a estos a reintegrar dicho pago a la compañía.

b. Compensación de adeudos

Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar las primas, con la indemnización debida al Asegurado.

c. Plazo para el pago de indemnizaciones

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas pagará al Asegurado o beneficiario, la indemnización que resulte del Contrato de Seguro, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

d. Segunda Valoración Médica

Cuando exista duda por parte de Seguros Atlas referente al padecimiento, tratamiento y/o procedimiento por el cual se esté tramitando una reclamación, la compañía solicitará al asegurado se someta a una segunda valoración médica con un médico especialista en la materia que Seguros Atlas designe, con la finalidad de verificar la procedencia de la reclamación.

La segunda valoración médica no tiene costo para el asegurado.

20. Preexistencia

Seguros Atlas podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento preexistente cuando cuente con las siguientes pruebas:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o que se compruebe mediante el resumen del historial clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del historial clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de padecimiento, Seguros Atlas como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de un Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas podrá aceptar o no dar cobertura para el Padecimiento declarado.

21. Arbitraje Médico

Cuando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación en las coberturas de: cirugía, renta diaria por hospitalización, enfermedades cardiacas, enfermedades graves, cáncer por un padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de "Preexistencia" de estas Condiciones Generales y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente.

Por tal efecto, el contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a Seguros Atlas su decisión de someterse al arbitraje médico.

Posteriormente, mediante escrito firmado por ambas partes, se solicitará a una institución de Salud de Asistencia Pública o Privada o cualquier otro organismo, que designe a un perito médico de la especialidad relacionada con el procedimiento considerar como preexistente, para que funja como árbitro.

Una vez designado el árbitro, dentro de los 15 días hábiles posteriores a tal designación, las partes junto con el árbitro se pondrán de acuerdo y establecerán el procedimiento, firmada para tal efecto el convenio arbitral. Las partes aceptarán la resolución emitida, y las vincularán teniendo el carácter de cosa juzgada.

Por el hecho de que el contratante y/o asegurado decida resolver la diferencia por la preexistencia de un padecimiento mediante el arbitraje médico, se considera que renuncia a cualquier otro procedimiento de carácter judicial o administrativo que la ley conceda a su favor para dirimir esta controversia, con la excepción de que se imposibilite designar un árbitro, caso en el que quedarán a salvo sus derechos para ejercerlos ante los Tribunales Competentes.

Para garantizar la independencia e imparcialidad del árbitro designado para resolver esta controversia, esta no deberá tener ningún interés en el resultado de esta, ni podrá ser amigo, enemigo, familiar, ni conocido del Contratante y/o bien de familiares, así como de los empleados o funcionarios de Seguros Atlas. En caso de que alguna de las partes conozca que existe alguna de estas circunstancias, lo manifestará por escrito a la otra parte, para que el árbitro nombrado abandone la controversia, y se designe a otro árbitro, siguiendo el procedimiento antes señalado.

El contratante y/o asegurado podrá utilizar esta cláusula sólo cuando Seguros Atlas rechace su reclamación, por considerar que el padecimiento es preexistente. Sin embargo, si existiere alguna otra razón a la antes señalada por la cual se estime también como improcedente la referida reclamación, la controversia que llegare a suscitarse será resuelta por la autoridad judicial competente.

Este procedimiento será sin costo para el contratante y/o Asegurado, y en caso de existir, será liquidado por Seguros Atlas.

22. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia contados a partir de su fecha de inicio de vigencia de este Contrato o de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, Seguros Atlas solamente devolverá la Prima no devengada en la fecha en que ocurra el fallecimiento de la última Prima pagada respecto del Asegurado del que se trate. Este será el pago total que hará Seguros Atlas por concepto del seguro del expresado miembro.

23. Beneficiarios

a. Designación de beneficiarios para las coberturas que amparen el riesgo de fallecimiento

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito a Seguros Atlas en su domicilio social. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por Seguros Atlas, ésta pagará los beneficios procedentes de esta Póliza al (los) último(s) Beneficiario(s) del cual se haya(n) tenido conocimiento quedando liberada de las obligaciones contraídas en la Póliza.

Cuando no haya beneficiario designado, y no se hubiere hecho uso de designación de beneficiarios 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.

24. Interés Moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o beneficiario, según corresponda, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho pago será exigible a partir de que se determine la procedencia.

25. Impedimento de pago

Seguros Atlas no será responsable de pagar ninguna reclamación o el de algún beneficio derivado de esta Póliza, cuando ello implique a la Compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico o legal, establecida en resoluciones emitidas por las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o bien, por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas, emitidas por organismos internacionales, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

26. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y gastos funerarios y en dos años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley. 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 Seguros Atlas 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.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así mismo se suspenderá en los casos previstos en esta ley.

En términos del Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 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.

27. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario, podrán acudir en primera instancia a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Atlas S. A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60, P.B. Col. Bosques de las Lomas, en Ciudad de México., C.P. 05120 con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas, o dirigir un correo electrónico a rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

En caso de persistir la inconformidad, podrán acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, P.B., Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, con teléfonos: 55 5340-0999, y lada sin costo 800 999-8080, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, página web: www.condusef.gob.mx o a cualquiera de sus delegaciones dentro de la República Mexicana; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de esta, 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.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de diciembre de 2024 con el número PPAQ-S0023-0069-2024/CONDUSEF-006669-01.

Transcripción de artículos importantes

Ley Sobre el Contrato del Seguro	
Artículo	Descripción
8	El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
9	Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.
10	Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.
25	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.
33	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.
34	Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.
37	En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.
47	Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.
48	La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.
52	El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
53	Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I. - Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiere conocido una agravación análoga; II. - Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquiera otra persona que, con el Consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.
66	Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

67	Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.
68	La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.
69	La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
70	Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.
71	El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.
78	La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave.
81	Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.
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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.
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 pago.
171	Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros

Artículo	Descripción
50 Bis	Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier

	<p>medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>
66	<p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.</p>
Ley de instituciones de seguros y fianzas	
Artículo	Descripción
276	<p>Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables; IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento; V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a</p>

las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición; VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes; VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

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 y/o de Accidentes y Enfermedades 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. Seguros Atlas proporcionará por escrito o por medios electrónicos la información requerida.
- 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.

- Si contrataste un seguro y te aplicaron un examen médico, no se te podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que te hayan aplicado.

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 o indemnización 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.

“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 13 de diciembre de 2024 con el número PPAQ-S0023-0069-2024/CONDUSEF-006669-01”.