

Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual Prever Vivir Art. 151

Junio 2016.

ÍNDICE

AVISO DE PRIVACIDAD	4
I. DEFINICIONES	5
II. COBERTURAS BÁSICAS	7
III. COBERTURAS ADICIONALES	8
COBERTURA ADICIONAL DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA).....	9
COBERTURA ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT).....	11
COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1).....	13
COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS (DI2).....	15
COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS Y DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS COLECTIVO (DI3).....	17
COBERTURA ADICIONAL AYUDANDO EN VIDA.....	20
ENDOSO DE INCREMENTO AUTOMÁTICO (CIA).....	24
IV. CLAUSULAS GENERALES	25
1. Objeto.....	25
2. Vigencia.....	25
3. Contrato de seguro.....	25
4. Modificaciones.....	25
5. Agravación del riesgo.....	25
6. Carencia de restricciones.....	25
7. Pago de las primas.....	25
8. Período de espera para el pago de primas.....	26
9. Edad.....	26
10. Edad de retiro.....	27
11. Fecha de retiro.....	27
12. Beneficiarios.....	27
13. Omisiones o inexactas declaraciones.....	28
14. Indisputabilidad.....	28
15. Suicidio.....	28
16. Rehabilitación.....	28
17. Moneda.....	29
18. Formas de liquidación.....	29
19. Competencia.....	30
20. Prescripción.....	30

21. Comunicaciones.....	31
22. Valores garantizados.....	31
23. Interés por Mora.....	32
24. Comprobación del siniestro.....	32
25. Garantía de cobertura.....	32
26. Fondo de inversión.....	32
27. Dividendos.....	33
28. Derecho de conversión.....	33
29. Moneda extranjera.....	34
30. Impuestos.....	34
31. Revelación de comisiones.....	35
32. Cláusula OFAC.....	35
V. Artículos de referencia.....	36

AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

I. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado.
- 2. Asegurado:** Persona(s) física(s) que se encuentra protegida por la presente Póliza.
- 3. Asegurado menor:** para efectos del presente contrato, es el menor para el que se contrata el ahorro o suma asegurada.
- 4. Beneficiarios:** Persona o personas que por designación del asegurado y a falta de designación del asegurado por disposición legal, tienen derecho a recibir la suma asegurada contratada en caso del fallecimiento del Asegurado, en su proporción correspondiente.
- 5. Carátula de la póliza:** Documento oficial que ampara la compra de un seguro. La caratula de la póliza contiene datos del contratante, del plan, la fecha de inicio y fin de la(s) cobertura(s), servicios cubiertos, endoso o cláusulas adicionales y el monto de la suma asegurada, así como la prima total.
- 6. Co-beneficiario:** Será la persona elegida por el asegurado para gozar del pago de rentas en caso de fallecimiento del asegurado.
- 7. Condiciones generales:** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- 8. Contratante:** Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la prima. Para efectos de esta póliza el contratante podrá ser también asegurado. En caso de que el contratante sea el asegurado, se hará constar en la Carátula de la Póliza. El contratante de la póliza es la única persona que puede hacer uso de los derechos que otorga la cláusula denominada Valores Garantizados, así como la de Derecho de Conversión.
- 9. Contrato de seguro:** Acuerdo por el cual Seguros Atlas se compromete a pagar la suma asegurada contratada para cada riesgo cubierto si ocurriere el mismo y el Contratante y/o Asegurado de pagar la prima con el fin de estar protegido.
- 10. Dotal:** capital en efectivo que se paga al asegurado si sobrevive al periodo de vigencia contratado.
- 11. Dotales a corto plazo:** instrumento para invertir en el fondo de inversión. Dotal que se vence en un mes y es depositado en el fondo de inversión.

- 12. Edad equivalente:** Se entiende por edad equivalente, la edad resultante para vidas conjuntas determinadas conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dicha edad representa el riesgo mancomunado y, cuando la póliza haga referencia a la edad del asegurado, se entenderá que se refiere a la edad equivalente.
- 13. Invalidez o incapacidad total y permanente:** Para efectos de esta Póliza, se entiende que el Asegurado se invalida de manera total y permanente, por enfermedad o accidente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses.
- 14. Valores garantizados:** Son los distintos usos que se le pueden dar a la parte de la reserva a la que tiene derecho el contratante. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del asegurado y el número de años de primas pagadas.
- 15. Seguros Atlas:** Compañía aseguradora registrada con razón social Seguros Atlas, S.A.
- 16. Prima:** Es la aportación económica que ha de satisfacer el contratante a Seguros Atlas en concepto de la contraprestación por la cobertura de riesgo que este le ofrece.
- 17. Prima total:** Es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas, los recargos por financiamiento (recargo por pago fraccionado) y recargo fijo de la póliza.
- 18. Solicitud:** Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.
- 19. Recibo:** Es el documento emitido por la aseguradora en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en el se señala.
- 20. Valor en efectivo o de rescate:** Es la cantidad de dinero que el Contratante podrá obtener en función del número y monto de las primas anuales pagadas.

II. COBERTURAS BÁSICAS

Seguros Atlas S.A. en lo sucesivo denominada “la compañía” cubrirá el plan elegido y estipulado en la carátula de la póliza y pagará la Suma Asegurada de las siguientes coberturas de acuerdo a lo siguiente:

Cobertura de fallecimiento

Si el fallecimiento del asegurado ocurre durante el plazo del seguro correspondiente se pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados por el asegurado.

Cobertura de supervivencia

Al final del plazo mencionado en la carátula de póliza, si el asegurado llega con vida se le pagará la Suma Asegurada y de acuerdo a la opción de liquidación elegida estipulada en la carátula de la póliza.

III. COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales y endosos operarán solamente si se encuentran mencionadas en la carátula de la póliza.

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

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

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

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

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

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

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a Seguros Atlas, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente, solo en caso de rechazo este podrá ser avalado por un médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por Seguros Atlas y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, Seguros Atlas cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Aunque la enfermedad o accidente que provoque el estado de incapacidad o invalidez total y permanente pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance asegurado por virtud de su capacidad económica.

EXCLUSIONES

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

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

CANCELACION AUTOMÁTICA

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

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

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

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

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

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

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a Seguros Atlas, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente, solo en caso de rechazo este podrá ser avalado por un médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por Seguros Atlas y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, Seguros Atlas cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Aunque la enfermedad o accidente que provoque el estado de incapacidad o invalidez total y permanente pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance asegurado por virtud de su capacidad económica.

EXCLUSIONES

Este beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

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

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

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

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

COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1)

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

La Compañía **pagará la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de póliza**, en caso de que el Asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

EXCLUSIONES:

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

SINIESTROS

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

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

SUMA ASEGURADA

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

CANCELACIÓN

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

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

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

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

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

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del asegurado	100%
De ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
De una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	50%
De un dedo pulgar	25%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos, medio, anular y meñique	5%

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

EXCLUSIONES:

- 1.-ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR LOS ACCIDENTES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA.**
- 2.-ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- 3.-SUICIDIO O INTENTO DE ÉL, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CAUSAS QUE LO PROVOQUEN.**
- 4.-LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
- 5.-LESIONES SUFRIDAS AL PRESTAR SERVICIO MILITAR O NAVAL EN TIEMPO DE GUERRA, REVOLUCIÓN, ACTOS DE INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
- 6.-LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL**

DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.

7.-LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA.

8.-LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.

9.-LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EVENTOS DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, VUELOS DELTA, EQUITACIÓN, CHARRERÍA, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ARTES MARCIALES, BOXEO Y LUCHA DE CUALQUIER TIPO.

10.-ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.

11.-ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

12.-ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO EFECTUANDO ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.

SINIESTROS

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

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

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

SUMA ASEGURADA

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

CANCELACIÓN

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

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

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

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

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

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del asegurado	100%
De ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
De una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	50%
De un dedo pulgar	25%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos, medio, anular y meñique	5%

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

EXCLUSIONES:

- 1.-ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE NO SEAN OCASIONADAS DIRECTAMENTE POR LOS ACCIDENTES A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA.**
- 2.-ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- 3.-SUICIDIO O INTENTO DE ÉL, CUALESQUIERA QUE SEAN LAS CAUSAS QUE LO PROVOQUEN.**
- 4.-LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
- 5.-LESIONES SUFRIDAS AL PRESTAR SERVICIO MILITAR O NAVAL EN TIEMPO DE GUERRA, REVOLUCIÓN, ACTOS DE INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**

6.-LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.

7.-LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA.

8.-LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.

9.-LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EVENTOS DE PARACAIDISMO, MOTOCICLISMO, VUELOS DELTA, EQUITACIÓN, CHARRERÍA, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ARTES MARCIALES, BOXEO Y LUCHA DE CUALQUIER TIPO.

10.-ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.

11.-ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

12.-ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO EFECTUANDO ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.

SINIESTROS

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

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

DOBLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE COLECTIVO

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

a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida normalmente para ruta de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

b) Mientras se encuentre en un ascensor que opere para servicio público, con excepción de los que operan en minas, siempre y cuando no esté prestando servicios de ascensorista.

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

SUMA ASEGURADA

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

CANCELACIÓN

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

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

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

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

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

COBERTURA ADICIONAL AYUDANDO EN VIDA

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

I. Suma Asegurada

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

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

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

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

II. Límites de Edad

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

Renovación: Hasta los 64 Años de Edad.

Cancelación: A los 65 Años de Edad.

III. Beneficio

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

- a) Que al asegurado le sea diagnosticado, al menos seis meses después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, un estado de "**Enfermedad Terminal**", de acuerdo a las definiciones y condiciones que para este efecto se indican en el presente endoso.
- b) Que la duración del plan contratado sea superior a 5 años.
- c) Que el asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario(s) con carácter de irrevocable, y en caso de haberlo hecho, que dicho(s) beneficiario(s) haya(n) notificado por escrito a Seguros Atlas, S. A. que están de acuerdo en que el asegurado haga uso de este beneficio.
- d) Que el propio asegurado o quien legalmente represente sus derechos, haga reclamación

formal y por escrito a Seguros Atlas, S. A. del pago anticipado de que trata el presente endoso.

- e) Que la póliza se encuentre vigente y que no haya operado ninguna opción de conversión conforme al plan contratado, incluyendo la opción de conversión a seguro saldado o prorrogado.

IV. Enfermedad terminal

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

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

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

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

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

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

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

Se procederá al pago de esta cobertura siempre y cuando:

- a) Exista una valoración de los médicos de Seguros Atlas, S. A. en la que se determine que no existen pruebas evidentes de la recuperación del problema neurológico.
- b) El accidente vascular cerebral se hubiera tratado en un hospital.
- c) Se haya determinado neurológicamente que por fallo de la función cerebral caracterizado por

falta de respuesta a cualquier estímulo, el asegurado necesita el uso persistente y continuo de aparatos para soportar la vida.

- d) Exista destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal así como pruebas de disfunción neurológica permanente; estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas como mínimo desde la fecha del accidente.

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

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

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

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

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

V. Condiciones especiales

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

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

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

3. Terminación de la cobertura que ampara este endoso.

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

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

VI. EXCLUSIONES.

No podrá reclamarse ni obtenerse el beneficio convenido en el presente endoso:

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

ENDOSO DE INCREMENTO AUTOMÁTICO (CIA)

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

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

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

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

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

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

IV. CLAUSULAS GENERALES

1. Objeto.

El propósito del nuestro producto es ofrecer a nuestros clientes una opción competitiva de ahorro, el cual le permita en su fecha de retiro contar con un capital que le ayude a mantener su estilo de vida.

Adicionalmente el presente producto ofrece protección en caso de fallecimiento, el cual pagará a sus beneficiarios la Suma Asegurada estipulada en la póliza y de acuerdo con lo establecido en sus condiciones generales.

2. Vigencia.

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

3. Contrato de seguro.

Constituyen prueba de la celebración de este contrato: la solicitud, la tabla de valores garantizados, la carátula de la póliza y las cláusulas adicionales que se agreguen.

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

4. Modificaciones.

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

5. Agravación del riesgo.

De conformidad con el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicar a Seguros Atlas las agravaciones esenciales del riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Contratante y/o el Asegurado omitieren el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Seguros Atlas en lo sucesivo.

6. Carencia de restricciones.

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

7. Pago de las primas.

La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza, estipulada en la carátula de póliza. Se cobrará de manera adicional a la prima del seguro el recargo por pago fraccionado vigente, cuando la prima se haya pactado de forma fraccionada.

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

El contratante, en cualquier aniversario de la póliza puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se aplicarán costos financieros de acuerdo con las tasas vigentes de la compañía. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.

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

8. Período de espera para el pago de primas.

Si el contratante no hubiese pagado la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del termino convenido señalado en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del ultimo día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el plazo, se aplicará el mayor previsto en el Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si dentro del plazo de espera convenido ocurre la muerte del asegurado, la compañía pagará la suma asegurada convenida, después de contar con las pruebas del fallecimiento, descontando cualquier adeudo que el contratante tuviere con la compañía.

Una vez transcurrido el período de espera convenido, sin que se hayan pagado las primas correspondientes se aplicará el saldo del fondo de inversión si lo hubiere, conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente.

9. Edad.

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

La compañía declara que sus límites de admisión en los planes serán de: 18 años como mínimo y nunca podrá ser menor al equivalente a restar cinco años a la edad de retiro del plan solicitado.

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

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

I. Dentro de los límites de admisión registrados por la compañía.

A. Si en vida del asegurado, la edad real al expedirse la póliza es:

1. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.

2. Menor que la declarada: la suma asegurada no se modificará y la compañía tendrá la obligación de rembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

B. Si después del fallecimiento del asegurado, se descubre que la edad declarada por el asegurado en la solicitud es diferente a la real: la compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

II. Fuera de los límites de admisión registrados por la compañía: el contrato quedará rescindido automáticamente y la obligación de la compañía será la de pagar el importe de la reserva matemática, si la hubiere, que corresponda a la presente póliza, en la fecha de su rescisión.

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

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

10. Edad de retiro.

La edad de retiro es el número de años cumplidos del asegurado en los que el contratante eligió determinar como su edad de retiro, de acuerdo a los planes registrados de este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. Fecha de retiro.

Es la fecha de término del plan elegido establecida en la carátula de la póliza y que corresponde al aniversario de la edad de retiro del plan, fecha en la cual la compañía pagará la suma asegurada contratada.

12. Beneficiarios.

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

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

Cuando no haya beneficiario designado, y no se hubiere hecho uso de designación irrevocable, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo

estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

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

13. Omisiones o inexactas declaraciones.

El contratante y el asegurado al formular la propuesta del seguro están obligados a declarar por escrito a la compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes, para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro Artículo 70°.-Las obligaciones de la empresa quedaran 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 excluirá o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observara en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

14. Indisputabilidad.

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

15. Suicidio.

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

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

16. Rehabilitación.

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

- I. Solicitud por escrito del contratante a la compañía.
- II. Informe del estado de salud del asegurado firmado por el mismo o por su representante legal y en el formato establecido por la compañía

- III. Comprobación del asegurado, a su costa, de que al presentar la propuesta de rehabilitación goza de buena salud.
- IV. Que la compañía acepte la solicitud de rehabilitación.
- V. Que el contratante pague a la compañía las primas y las deudas insolutas derivadas de este contrato, desde la fecha en que hubiere cesado en sus efectos el contrato hasta su rehabilitación.

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

17. Moneda.

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

18. Formas de liquidación.

Cobertura de fallecimiento

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

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

Cobertura de supervivencia

El asegurado tendrá el derecho a modificar la forma de liquidación, siempre que dicha modificación se realiza al menos un año antes de la fecha de retiro.

Pago único: La compañía pagará el monto de la Suma Asegurada en una sola exhibición.

Renta vitalicia: La compañía pagará una renta que iniciara en la fecha de retiro y continuara durante la vida del asegurado.

Renta vitalicia con periodo de garantía: El periodo de garantía es un plazo mínimo de tiempo indicado en la carátula de la póliza, durante el cual la institución se obliga a pagar la renta al asegurado y en caso de que este fallezca a sus beneficiarios. Si posterior a este periodo el asegurado continua con vida se le pagará una renta vitalicia.

Renta vitalicia compartida: Esta forma de pago ofrece una renta que tendrá como plazo máximo el correspondiente a la renta vitalicia del asegurado, este plazo será determinado conforme al procedimiento actuarial registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y el mismo se indicará en la carátula de la póliza, las rentas serán pagadas al beneficiario durante la vida del asegurado y si este fallece, se continuará pagando la renta al co-beneficiario designado. Este beneficio concluirá como limite al fallecer ambas personas o concluir el plazo máximo de rentas.

El co-beneficiario será la persona elegida por el asegurado para gozar del pago de rentas en caso de fallecimiento del asegurado, el cual debe tener una edad mínima de 18 años en la fecha de pago de rentas, el periodo para designar el co-beneficiario será desde la fecha de emisión de la póliza a la fecha de vencimiento de la misma.

Para sumas aseguradas no contratadas en moneda nacional, estas serán convertidas a moneda nacional de acuerdo con la cláusula 29 de estas condiciones generales, con estas nuevas cantidades se determinarán las rentas en moneda nacional.

La compañía se reserva el derecho de pedir pruebas que respalden la supervivencia del asegurado para el pago de rentas vitalicias.

19. Competencia.

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

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

20. Prescripción.

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad

Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

21. Comunicaciones.

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

22. Valores garantizados.

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

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

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

Seguro saldado.

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

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

Valor en efectivo o rescate.

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

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

23. Interés por Mora.

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

24. Comprobación del siniestro.

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

25. Garantía de cobertura.

De acuerdo a lo que indica la Ley Sobre el Contrato de Seguro artículo 78°.- La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando este haya sido causado por culpa del asegurado, y solo se admitirá en el contrato la clausula que libere a la empresa en caso de culpa grave.

26. Fondo de inversión.

El asegurado tiene la opción de realizar aportaciones adicionales por medio de una solicitud a la Compañía, de generación de dotales a corto plazo.

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

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

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

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

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

Retiros

El asegurado podrá realizar como máximo al año, dos retiros de su fondo que representen la totalidad o una parcialidad de su saldo para lo cual deberá solicitarlo por escrito con al menos 30 días de anticipación.

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

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

Pago automático de primas.

Si el contratante dejare de cubrir una prima, la cual incluirá los incrementos de suma asegurada que se hayan pactado, dentro del periodo convenido de espera para el pago de primas, esta se pagará del saldo de inversión de la póliza.

Estados de cuenta.

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

El contratante dispone de 45 días naturales para solicitar cualquier rectificación, contados a partir de que reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la compañía.

27.Dividendos.

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

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

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

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

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

28.Derecho de conversión.

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

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

- a) La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la compañía al menos dos años antes de la terminación del plazo del seguro.
- b) La edad alcanzada por el asegurado al momento del cambio no podrá ser superior a restar cinco años a la edad de retiro del plan solicitado.

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

29. Moneda extranjera.

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

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

30. Impuestos.

*Autorización SAT oficio 900 03 02-2011-21679 de fecha 17-03-2011,
Exp. SAT-340-11-01-1611/2010.*

La compañía retendrá en caso de rescate de la póliza o egresos del fondo de inversión, el impuesto sobre la renta que indique la ley vigente, al momento de realizar el egreso por instrucciones del contratante o con base en los términos de las presentes condiciones generales.

Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

V. Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10% de los ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a cinco salarios mínimos generales del área geográfica del contribuyente elevados al año.

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por

instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro o sociedades operadoras de sociedades de inversión con autorización para operar en el país, y siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria.

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de este Título.

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

31.Revelación de comisiones.

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

32. Cláusula OFAC.

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

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

Exclusión OFAC.

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

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

V. Artículos de referencia

Ley sobre el contrato de Seguro (LSCS)	
Art. 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.
Art. 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.
Art. 40	Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
Art. 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.
Art. 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.
Art. 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 ¹ .
Art. 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.
Art. 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.
Art. 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.
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros	
Art. 68	La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos. II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

¹ Culpa grave: Para estos efectos, se entenderá que la culpa grave implica una negligencia, imprudencia o impericia extremas, el no prever o comprender lo que todos prevén o comprenden, omitir los cuidados más elementales, descuidar la negligencia más pueril e ignorar los conocimientos más comunes.

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.
Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.
En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;
La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.
Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

	<p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>
Art. 50-Bis	<p>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:</p> <p>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;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y</p> <p>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.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>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.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>
Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF)	
Art. 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.</p> <p>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;</p> <p>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</p>

mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

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

Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR)

<p>Art. 93</p>	<p>No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:</p> <p>I. Las prestaciones distintas del salario que reciban los trabajadores del salario mínimo general para una o varias áreas geográficas, calculadas sobre la base de dicho salario, cuando no excedan de los mínimos señalados por la legislación laboral, así como las remuneraciones por concepto de tiempo extraordinario o de prestación de servicios que se realice en los días de descanso sin disfrutar de otros en sustitución, hasta el límite establecido en la legislación laboral, que perciban dichos trabajadores. Tratándose de los demás trabajadores, el 50% de las remuneraciones por concepto de tiempo extraordinario o de la prestación de servicios que se realice en los días de descanso sin disfrutar de otros en sustitución, que no exceda el límite previsto en la legislación laboral y sin que esta exención exceda del equivalente de cinco veces el salario mínimo general del área geográfica del trabajador por cada semana de servicios.</p> <p>II. Por el excedente de las prestaciones exceptuadas del pago del impuesto a que se refiere la fracción anterior, se pagará el impuesto en los términos de este Título.</p> <p>III. Las indemnizaciones por riesgos de trabajo o enfermedades, que se concedan de acuerdo con las leyes, por contratos colectivos de trabajo o por contratos Ley.</p> <p>IV. Las jubilaciones, pensiones, haberes de retiro, así como las pensiones vitalicias u otras formas de retiro, provenientes de la subcuenta del seguro de retiro o de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previstas en la Ley del Seguro Social y las provenientes de la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro prevista en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en los casos de invalidez, incapacidad, cesantía, vejez, retiro y muerte, cuyo monto diario no exceda de quince veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, y el beneficio previsto en la Ley de Pensión Universal. Por el excedente se pagará el impuesto en los términos de este Título.</p> <p>V. Para aplicar la exención sobre los conceptos a que se refiere la fracción anterior, se deberá considerar la totalidad de las pensiones y de los haberes de retiro pagados al trabajador a que se refiere la misma, independientemente de quien los pague. Sobre el excedente se deberá efectuar la retención en los términos que al efecto establezca el Reglamento de esta Ley.</p> <p>VI. Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo.</p> <p>VII. Las prestaciones de seguridad social que otorguen las instituciones públicas.</p> <p>VIII. Los percibidos con motivo de subsidios por incapacidad, becas educacionales para los trabajadores o sus hijos, guarderías infantiles, actividades culturales y deportivas, y otras prestaciones de previsión social, de naturaleza análoga, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o por contratos de trabajo.</p> <p>IX. La previsión social a que se refiere la fracción anterior es la establecida en el artículo 7, quinto párrafo de esta Ley.</p> <p>X. La entrega de las aportaciones y sus rendimientos provenientes de la subcuenta de vivienda de la cuenta individual prevista en la Ley del Seguro Social, de la subcuenta del Fondo de la Vivienda de la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro, prevista en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, previsto en la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, así como las casas habitación proporcionadas a los trabajadores, inclusive por las empresas cuando se reúnan los requisitos de deducibilidad del Título II de esta Ley o, en su caso, del presente Título.</p> <p>XI. Los provenientes de cajas de ahorro de trabajadores y de fondos de ahorro establecidos por las empresas para sus trabajadores cuando reúnan los requisitos de deducibilidad del Título II de esta Ley o, en su caso, del presente Título.</p> <p>XII. La cuota de seguridad social de los trabajadores pagada por los patrones.</p> <p>XIII. Los que obtengan las personas que han estado sujetas a una relación laboral en el momento de su separación, por concepto de primas de antigüedad, retiro e indemnizaciones u otros pagos, así como los obtenidos con cargo a la subcuenta del seguro de retiro o a la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previstas en la Ley del Seguro Social y los que obtengan los trabajadores al servicio del Estado con cargo a la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro, prevista en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y los que obtengan por concepto del beneficio previsto en la Ley de Pensión Universal, hasta por el equivalente a noventa veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente por cada año de servicio o de</p>
----------------	---

contribución en el caso de la subcuenta del seguro de retiro, de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez o de la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro. Los años de servicio serán los que se hubieran considerado para el cálculo de los conceptos mencionados. Toda fracción de más de seis meses se considerará un año completo. Por el excedente se pagará el impuesto en los términos de este Título.

XIV. Las gratificaciones que reciban los trabajadores de sus patrones, durante un año de calendario, hasta el equivalente del salario mínimo general del área geográfica del trabajador elevado a 30 días, cuando dichas gratificaciones se otorguen en forma general; así como las primas vacacionales que otorguen los patrones durante el año de calendario a sus trabajadores en forma general y la participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas, hasta por el equivalente a 15 días de salario mínimo general del área geográfica del trabajador, por cada uno de los conceptos señalados. Tratándose de primas dominicales hasta por el equivalente de un salario mínimo general del área geográfica del trabajador por cada domingo que se labore.

XV. Por el excedente de los ingresos a que se refiere la fracción anterior se pagará el impuesto en los términos de este Título.

XVI. Las remuneraciones por servicios personales subordinados que perciban los extranjeros, en los siguientes casos:

- a) Los agentes diplomáticos.
- b) Los agentes consulares, en el ejercicio de sus funciones, en los casos de reciprocidad.
- c) Los empleados de embajadas, legaciones y consulados extranjeros, que sean nacionales de los países representados, siempre que exista reciprocidad.
- d) Los miembros de delegaciones oficiales, en el caso de reciprocidad, cuando representen países extranjeros.
- e) Los miembros de delegaciones científicas y humanitarias.
- f) Los representantes, funcionarios y empleados de los organismos internacionales con sede u oficina en México, cuando así lo establezcan los tratados o convenios.
- g) Los técnicos extranjeros contratados por el Gobierno Federal, cuando así se prevea en los acuerdos concertados entre México y el país de que dependan.

XVII. Los viáticos, cuando sean efectivamente erogados en servicio del patrón y se compruebe esta circunstancia con los comprobantes fiscales correspondientes.

XVIII. Los que provengan de contratos de arrendamiento prorrogados por disposición de Ley.

XIX. Los derivados de la enajenación de:

a) La casa habitación del contribuyente, siempre que el monto de la contraprestación obtenida no exceda de setecientas mil unidades de inversión y la transmisión se formalice ante fedatario público. Por el excedente se determinará la ganancia y se calcularán el impuesto anual y el pago provisional en los términos del Capítulo IV de este Título, considerando las deducciones en la proporción que resulte de dividir el excedente entre el monto de la contraprestación obtenida. El cálculo y entero del impuesto que corresponda al pago provisional se realizará por el fedatario público conforme a dicho Capítulo.

La exención prevista en este inciso será aplicable siempre que durante los tres años inmediatos anteriores a la fecha de enajenación de que se trate el contribuyente no hubiere enajenado otra casa habitación por la que hubiera obtenido la exención prevista en este inciso y manifieste, bajo protesta de decir verdad, dichas circunstancias ante el fedatario público ante quien se protocolice la operación.

El fedatario público deberá consultar al Servicio de Administración Tributaria a través de la página de Internet de dicho órgano desconcentrado y de conformidad con las reglas de carácter general que al efecto emita este último, si previamente el contribuyente ha enajenado alguna casa habitación durante los cinco años anteriores a la fecha de la enajenación de que se trate, por la que hubiera obtenido la exención prevista en este inciso y dará aviso al citado órgano desconcentrado de dicha enajenación, indicando el monto de la contraprestación y, en su caso, del impuesto retenido.

b) Bienes muebles, distintos de las acciones, de las partes sociales, de los títulos valor y de las inversiones del contribuyente, cuando en un año de calendario la diferencia entre el total de las enajenaciones y el costo comprobado de la adquisición de los bienes enajenados, no exceda de tres veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año. Por la utilidad que exceda se pagará el impuesto en los términos de este Título.

XX. Los intereses:

a) Pagados por instituciones de crédito, siempre que los mismos provengan de cuentas de cheques, para

el depósito de sueldos y salarios, pensiones o para haberes de retiro o depósitos de ahorro, cuyo saldo promedio diario de la inversión no exceda de 5 salarios mínimos generales del área geográfica del Distrito Federal, elevados al año.

b) Pagados por sociedades cooperativas de ahorro y préstamo y por las sociedades financieras populares, provenientes de inversiones cuyo saldo promedio diario no exceda de 5 salarios mínimos generales del área geográfica del Distrito Federal, elevados al año.

Para los efectos de esta fracción, el saldo promedio diario será el que se obtenga de dividir la suma de los saldos diarios de la inversión entre el número de días de ésta, sin considerar los intereses devengados no pagados.

XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo. Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del asegurado, no se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el asegurado.

Tampoco se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios, que provengan de contratos de seguros de vida cuando la prima haya sido pagada directamente por el empleador en favor de sus trabajadores, siempre que los beneficios de dichos seguros se entreguen únicamente por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social y siempre que en el caso del seguro que cubre la muerte del titular los beneficiarios de dicha póliza sean las personas relacionadas con el titular a que se refiere la fracción I del artículo 151 de esta Ley y se cumplan los demás requisitos establecidos en la fracción XI del artículo 27 de la misma Ley. La exención prevista en este párrafo no será aplicable tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de dividendos derivados de la póliza de seguros o su colectividad.

No se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios que provengan de contratos de seguros de vida, cuando la persona que pague la prima sea distinta a la mencionada en el párrafo anterior y que los beneficiarios de dichos seguros se entreguen por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal.

El riesgo amparado a que se refiere el párrafo anterior se calculará tomando en cuenta todas las pólizas de seguros que cubran el riesgo de muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, contratadas en beneficio del mismo asegurado por el mismo empleador.

Tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de jubilaciones, pensiones o retiro, así como de seguros de gastos médicos, se estará a lo dispuesto en las fracciones IV y VI de este artículo, según corresponda.

Lo dispuesto en esta fracción sólo será aplicable a los ingresos percibidos de instituciones de seguros constituidas conforme a las leyes mexicanas, que sean autorizadas para organizarse y funcionar como tales por las autoridades competentes.

XXII. Los que se reciban por herencia o legado.

XXIII. Los donativos en los siguientes casos:

a) Entre cónyuges o los que perciban los descendientes de sus ascendientes en línea recta, cualquiera que sea su monto.

b) Los que perciban los ascendientes de sus descendientes en línea recta, siempre que los bienes recibidos no se enajenen o se donen por el ascendiente a otro descendiente en línea recta sin limitación de grado.

c) Los demás donativos, siempre que el valor total de los recibidos en un año de calendario no exceda de tres veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año. Por el excedente se pagará impuesto en los términos de este Título.

XXIV. Los premios obtenidos con motivo de un concurso científico, artístico o literario, abierto al público en general o a determinado gremio o grupo de profesionales, así como los premios otorgados por la Federación para promover los valores cívicos.

XXV. Las indemnizaciones por daños que no excedan al valor de mercado del bien de que se trate. Por el excedente se pagará el impuesto en los términos de este Título.

XXVI. Los percibidos en concepto de alimentos por las personas físicas que tengan el carácter de acreedores alimentarios en términos de la legislación civil aplicable.

XXVII. Los retiros efectuados de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez de la cuenta individual abierta en los términos de la Ley del Seguro Social, por concepto de ayuda para gastos de matrimonio y por desempleo. También tendrá este tratamiento, el traspaso de los recursos de la cuenta individual entre administradoras de fondos para el retiro, entre instituciones de crédito o entre ambas, así como entre dichas administradoras e instituciones de seguros autorizadas para operar los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, con el único fin de contratar una renta vitalicia y seguro de sobrevivencia conforme a las leyes de seguridad social y a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

XXVIII. Los que deriven de la enajenación de derechos parcelarios, de las parcelas sobre las que hubiera adoptado el dominio pleno o de los derechos comuneros, siempre y cuando sea la primera transmisión que se efectúe por los ejidatarios o comuneros y la misma se realice en los términos de la legislación de la materia.

La enajenación a que se refiere esta fracción deberá realizarse ante fedatario público, y el enajenante deberá acreditar que es titular de dichos derechos parcelarios o comuneros, así como su calidad de ejidatario o comunero mediante los certificados o los títulos correspondientes a que se refiere la Ley Agraria.

En caso de no acreditar la calidad de ejidatario o comunero conforme a lo establecido en el párrafo anterior, o que no se trate de la primera transmisión que se efectúe por los ejidatarios o comuneros, el fedatario público calculará y enterará el impuesto en los términos de este Título.

XXIX. Los que se obtengan, hasta el equivalente de veinte salarios mínimos generales del área geográfica que corresponda al contribuyente elevados al año, por permitir a terceros la publicación de obras escritas de su creación en libros, periódicos o revistas, o bien, la reproducción en serie de grabaciones de obras musicales de su creación, siempre que los libros, periódicos o revistas, así como los bienes en los que se contengan las grabaciones, se destinen para su enajenación al público por la persona que efectúa los pagos por estos conceptos y siempre que el creador de la obra expida por dichos ingresos el comprobante fiscal respectivo. Por el excedente se pagará el impuesto en los términos de este Título.

La exención a que se refiere esta fracción no se aplicará en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando quien perciba estos ingresos obtenga también de la persona que los paga ingresos de los señalados en el Capítulo I de este Título.

b) Cuando quien perciba estos ingresos sea socio o accionista en más del 10% del capital social de la persona moral que efectúa los pagos.

c) Cuando se trate de ingresos que deriven de ideas o frases publicitarias, logotipos, emblemas, sellos distintivos, diseños o modelos industriales, manuales operativos u obras de arte aplicado.

No será aplicable lo dispuesto en esta fracción cuando los ingresos se deriven de la explotación de las obras escritas o musicales de su creación en actividades empresariales distintas a la enajenación al público de sus obras, o en la prestación de servicios.

Lo dispuesto en las fracciones XIX inciso b), XX, XXI, XXIII inciso c) y XXV de este artículo, no será aplicable tratándose de ingresos por las actividades empresariales o profesionales a que se refiere el Capítulo II de este Título.

Las aportaciones que efectúen los patrones y el Gobierno Federal a la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez de la cuenta individual que se constituya en los términos de la Ley del Seguro Social, así como las aportaciones que se efectúen a la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro, en los términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, incluyendo los rendimientos que generen, no serán ingresos acumulables del trabajador en el ejercicio en que se aporten o generen, según corresponda.

Las aportaciones que efectúen los patrones, en los términos de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, a la subcuenta de vivienda de la cuenta individual abierta en los términos de la Ley del Seguro Social, y las que efectúe el Gobierno Federal a la subcuenta del Fondo de la Vivienda de la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro, en los términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, o del Fondo de la Vivienda

	<p>para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, previsto en la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, así como los rendimientos que generen, no serán ingresos acumulables del trabajador en el ejercicio en que se aporten o generen, según corresponda.</p> <p>Las exenciones previstas en las fracciones XVII, XIX inciso a) y XXII de este artículo, no serán aplicables cuando los ingresos correspondientes no sean declarados en los términos del tercer párrafo del artículo 150 de esta Ley, estando obligado a ello.</p> <p>La exención aplicable a los ingresos obtenidos por concepto de prestaciones de previsión social se limitará cuando la suma de los ingresos por la prestación de servicios personales subordinados o aquellos que reciban, por parte de las sociedades cooperativas, los socios o miembros de las mismas y el monto de la exención exceda de una cantidad equivalente a siete veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, elevado al año; cuando dicha suma exceda de la cantidad citada, solamente se considerará como ingreso no sujeto al pago del impuesto un monto hasta de un salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, elevado al año. Esta limitación en ningún caso deberá dar como resultado que la suma de los ingresos por la prestación de servicios personales subordinados o aquellos que reciban, por parte de las sociedades cooperativas, los socios o miembros de las mismas y el importe de la exención, sea inferior a siete veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, elevado al año.</p> <p>Lo dispuesto en el párrafo anterior, no será aplicable tratándose de jubilaciones, pensiones, haberes de retiro, pensiones vitalicias, indemnizaciones por riesgos de trabajo o enfermedades, que se concedan de acuerdo con las leyes, contratos colectivos de trabajo o contratos ley, reembolsos de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, concedidos de manera general de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo, seguros de gastos médicos, seguros de vida y fondos de ahorro, siempre que se reúnan los requisitos establecidos en las fracciones XI y XXI del artículo 27 de esta Ley, aun cuando quien otorgue dichas prestaciones de previsión social no sea contribuyente del impuesto establecido en esta Ley.</p>
Art. 145	<p>Los contribuyentes que obtengan en forma esporádica ingresos de los señalados en este Capítulo, salvo aquéllos a que se refieren los artículos 143 y 177 de esta Ley, cubrirán como pago provisional a cuenta del impuesto anual, el monto que resulte de aplicar la tasa del 20% sobre el ingreso percibido, sin deducción alguna. El pago provisional se hará mediante declaración que presentarán ante las oficinas autorizadas dentro de los 15 días siguientes a la obtención del ingreso.</p> <p>Los contribuyentes que obtengan periódicamente ingresos de los señalados en este Capítulo, salvo aquéllos a que se refieren los artículos 143 y 177 de esta Ley, efectuarán pagos provisionales mensuales a cuenta del impuesto anual, a más tardar el día 17 del mes inmediato posterior a aquél al que corresponda el pago, mediante declaración que presentarán ante las oficinas autorizadas. El pago provisional se determinará aplicando la tarifa del artículo 96 de esta Ley a los ingresos obtenidos en el mes, sin deducción alguna; contra dicho pago podrán acreditarse las cantidades retenidas en los términos del siguiente párrafo.</p> <p>Cuando los ingresos a que se refiere este Capítulo, salvo aquéllos a que se refiere el artículo 143 de esta Ley, se obtengan por pagos que efectúen las personas morales a que se refiere el Título II de esta Ley, dichas personas deberán retener como pago provisional la cantidad que resulte de aplicar la tasa del 20% sobre el monto de los mismos, sin deducción alguna, debiendo proporcionar a los contribuyentes y comprobante fiscal en el que conste la operación, así como el impuesto retenido; dichas retenciones deberán enterarse, en su caso, conjuntamente con las señaladas en el artículo 96 de la propia Ley.</p> <p>En el supuesto de los ingresos a que se refiere la fracción X del artículo 142 de esta Ley, las personas morales retendrán, como pago provisional, la cantidad que resulte de aplicar la tasa máxima para aplicarse sobre el excedente del límite inferior que establece la tarifa contenida en el artículo 152 de la misma sobre el monto del remanente distribuible, el cual enterarán conjuntamente con la declaración señalada en el artículo 96 de esta Ley o, en su caso, en las fechas establecidas para la misma, y proporcionarán a los contribuyentes el comprobante fiscal en el que conste el monto de la operación, así como el impuesto retenido.</p> <p>Tratándose de los ingresos a que se refiere la fracción XII del artículo 142 de esta Ley, las personas que efectúen los pagos deberán retener como pago provisional la cantidad que resulte de aplicar sobre el monto acumulable, la tasa máxima para aplicarse sobre el excedente del límite inferior que establece la tarifa contenida en el artículo 152 de esta Ley.</p> <p>Los contribuyentes podrán solicitar les sea disminuido el monto del pago provisional a que se refiere el</p>

	<p>párrafo anterior, siempre que cumplan con los requisitos que para el efecto señale el Servicio de Administración Tributaria mediante reglas de carácter general.</p> <p>Las personas que efectúen las retenciones a que se refieren los párrafos tercero, cuarto y quinto de este artículo, así como las instituciones de crédito ante las cuales se constituyan las cuentas personales para el ahorro a que se refiere el artículo 185 de esta Ley, deberán presentar declaración ante las oficinas autorizadas, a más tardar el día 15 de febrero de cada año, proporcionando la información correspondiente de las personas a las que les hubieran efectuado retenciones en el año de calendario anterior, debiendo aclarar en el caso de las instituciones de crédito, el monto que corresponda al retiro que se efectúe de las citadas cuentas.</p> <p>Cuando las personas que efectúen los pagos a que se refiere la fracción XI del artículo 142 de esta Ley, paguen al contribuyente, además, ingresos de los señalados en el Capítulo I de este Título, los ingresos a que se refiere la citada fracción XI se considerarán como salarios para los efectos de este Título.</p> <p>En el caso de los ingresos a que se refiere la fracción XIII del artículo 142 de esta Ley, las personas que administren el bien inmueble de que se trate, deberán retener por los pagos que efectúen a los condóminos o fideicomisarios, la cantidad que resulte de aplicar sobre el monto de los mismos, la tasa máxima para aplicarse sobre el excedente del límite inferior que establece la tarifa contenida en el artículo 152 de esta Ley; dichas retenciones deberán enterarse, en su caso, conjuntamente con las señaladas en el artículo 96 de la misma y tendrán el carácter de pago definitivo.</p> <p>Los contribuyentes a que se refiere el párrafo anterior podrán optar por acumular los ingresos a que se refiere dicho párrafo a los demás ingresos. En este caso, acumularán la cantidad que resulte de multiplicar el monto de los ingresos efectivamente obtenidos por este concepto una vez efectuada la retención correspondiente, por el factor 1.4286. Contra el impuesto que se determine en la declaración anual, las personas físicas podrán acreditar la cantidad que resulte de aplicar sobre el ingreso acumulable que se determine conforme a este párrafo, la tasa máxima para aplicarse sobre el excedente del límite inferior que establece la tarifa contenida en el artículo 152 de esta Ley.</p> <p>Cuando las regalías a que se refiere la fracción XVII del artículo 142 de esta Ley se obtengan por pagos que efectúen las personas morales a que se refiere el Título II de la misma, dichas personas morales deberán efectuar la retención aplicando sobre el monto del pago efectuado, sin deducción alguna, la tasa máxima para aplicarse sobre el excedente del límite inferior que establece la tarifa contenida en el artículo 152 de esta Ley, como pago provisional. Dicha retención deberá enterarse, en su caso, conjuntamente con las señaladas en el artículo 96 de esta Ley. Quien efectúe el pago deberá proporcionar a los contribuyentes comprobante fiscal en el que conste el monto de la operación, así como el impuesto retenido.</p>
Art. 151	<p>Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:</p> <p>I. Los pagos por honorarios médicos y dentales, así como los gastos hospitalarios, efectuados por el contribuyente para sí, para su cónyuge o para la persona con quien viva en concubinato y para sus ascendientes o descendientes en línea recta, siempre que dichas personas no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, y se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.</p> <p>Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.</p> <p>Para efectos del párrafo anterior, también serán deducibles los pagos efectuados por honorarios médicos, dentales o de enfermería, por análisis, estudios clínicos o prótesis, gastos hospitalarios, compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación del paciente, derivados de las incapacidades a que se refiere el artículo 477 de la Ley Federal del Trabajo, cuando se cuente con el certificado o la constancia de incapacidad correspondiente expedida por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, o los que deriven de una discapacidad en términos de lo dispuesto por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y se cuente con el certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad emitido por las citadas instituciones públicas conforme a</p>

esta última Ley. Lo dispuesto en este párrafo no estará sujeto al límite establecido en el último párrafo de este artículo.

En el caso de incapacidad temporal o incapacidad permanente parcial, o bien, de discapacidad, la deducción a que se refiere el párrafo anterior sólo será procedente cuando dicha incapacidad o discapacidad, sea igual o mayor a un 50% de la capacidad normal.

Para efectos de la deducción a que se refiere el segundo párrafo de esta fracción, el comprobante fiscal digital correspondiente deberá contener la especificación de que los gastos amparados con el mismo están relacionados directamente con la atención de la incapacidad o discapacidad de que se trate. Adicionalmente, el Servicio de Administración Tributaria, mediante reglas de carácter general, podrá establecer otros requisitos que deberá contener el comprobante fiscal digital por Internet.

II. Los gastos de funerales en la parte en que no excedan del salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, efectuados para las personas señaladas en la fracción que antecede.

III. Los donativos no onerosos ni remunerativos, que satisfagan los requisitos previstos en esta Ley y en las reglas generales que para el efecto establezca el Servicio de Administración Tributaria y que se otorguen en los siguientes casos:

a) A la Federación, a las entidades federativas o los municipios, a sus organismos descentralizados que tributen conforme al Título III de la presente Ley, así como a los organismos internacionales de los que México sea miembro de pleno derecho, siempre que los fines para los que fueron creados, correspondan a las actividades por las que se puede obtener autorización para recibir donativos deducibles de impuestos.

b) A las entidades a las que se refiere el sexto párrafo del artículo 82 de esta Ley.

c) A las entidades a que se refieren los artículos 79, fracción XIX y 82 de esta Ley.

d) A las personas morales a las que se refieren las fracciones VI, X, XI, XX y XXV del artículo 79 de esta Ley y que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 82 de la misma Ley.

e) A las asociaciones y sociedades civiles que otorguen becas y cumplan con los requisitos del artículo 83 de esta Ley.

f) A programas de escuela empresa.

El Servicio de Administración Tributaria publicará en el Diario Oficial de la Federación y dará a conocer en su página electrónica de Internet los datos de las instituciones a que se refieren los incisos b), c), d) y e) de esta fracción que reúnan los requisitos antes señalados.

Tratándose de donativos otorgados a instituciones de enseñanza serán deducibles siempre que sean establecimientos públicos o de propiedad de particulares que tengan autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios en los términos de la Ley General de Educación, se destinen a la adquisición de bienes de inversión, a la investigación científica o desarrollo de tecnología, así como a gastos de administración hasta por el monto, en este último caso, que señale el Reglamento de esta Ley; se trate de donaciones no onerosas ni remunerativas, conforme a las reglas generales que al efecto determine la Secretaría de Educación Pública, y dichas instituciones no hayan distribuido remanentes a sus socios o integrantes en los últimos cinco años.

El monto total de los donativos a que se refiere esta fracción será deducible hasta por una cantidad que no exceda del 7% de los ingresos acumulables que sirvan de base para calcular el impuesto sobre la renta a cargo del contribuyente en el ejercicio inmediato anterior a aquél en el que se efectúe la deducción, antes de aplicar las deducciones a que se refiere el presente artículo. Cuando se realicen donativos a favor de la Federación, de las entidades federativas, de los municipios, o de sus organismos descentralizados, el monto deducible no podrá exceder del 4% de los ingresos acumulables a que se refiere este párrafo, sin que en ningún caso el límite de la deducción tratándose de estos donativos, y de los realizados a donatarias autorizadas distintas, exceda del 7% citado.

Cuando se otorguen donativos entre partes relacionadas, la donataria no podrá contratar con su parte relacionada que le efectúe el donativo, la prestación de servicios, la enajenación, o el otorgamiento del uso o goce temporal de bienes. En caso contrario, el donante deberá considerar el monto de la deducción efectuada por el donativo correspondiente como un ingreso acumulable para efectos del cálculo del impuesto sobre la renta, actualizado desde la fecha en que se aplicó la deducción y hasta el momento en que se lleve a cabo su acumulación.

IV. Los intereses reales efectivamente pagados en el ejercicio por créditos hipotecarios destinados a la adquisición de su casa habitación contratados con las instituciones integrantes del sistema financiero, siempre que el monto total de los créditos otorgados por dicho inmueble no exceda de setecientas

cincuenta mil unidades de inversión. Para estos efectos, se considerarán como intereses reales el monto en el que los intereses efectivamente pagados en el ejercicio excedan al ajuste anual por inflación del mismo ejercicio y se determinará aplicando en lo conducente lo dispuesto en el tercer párrafo del artículo 134 de esta Ley, por el periodo que corresponda.

Los integrantes del sistema financiero, a que se refiere el párrafo anterior, deberán expedir comprobante fiscal en el que conste el monto del interés real pagado por el contribuyente en el ejercicio de que se trate, en los términos que se establezca en las reglas que al efecto expida el Servicio de Administración Tributaria.

V. Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10% de los ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a cinco salarios mínimos generales del área geográfica del contribuyente elevados al año.

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro o sociedades operadoras de fondos de inversión con autorización para operar en el país, y siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria.

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de este Título.

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

VI. Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.

VII. Los gastos destinados a la transportación escolar de los descendientes en línea recta cuando ésta sea obligatoria en los términos de las disposiciones jurídicas del área donde la escuela se encuentre ubicada o cuando para todos los alumnos se incluya dicho gasto en la colegiatura. Para estos efectos, se deberá separar en el comprobante el monto que corresponda por concepto de transportación escolar y se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.

VIII. Los pagos efectuados por concepto del impuesto local sobre ingresos por salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado, siempre que la tasa de dicho impuesto no exceda del 5%.

Para determinar el área geográfica del contribuyente se atenderá al lugar donde se encuentre su casa habitación al 31 de diciembre del año de que se trate. Las personas que a la fecha citada tengan su domicilio fuera del territorio nacional, atenderán al área geográfica correspondiente al Distrito Federal.

Para que procedan las deducciones a que se refieren las fracciones I y II que anteceden, se deberá acreditar mediante comprobantes fiscales, que las cantidades correspondientes fueron efectivamente pagadas en el año de calendario de que se trate a instituciones o personas residentes en el país. Si el

	<p>contribuyente recupera parte de dichas cantidades, únicamente deducirá la diferencia no recuperada. Los requisitos de las deducciones establecidas en el Capítulo X de este Título no son aplicables a las deducciones personales a que se refiere este artículo.</p> <p>El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo, no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de las fracciones III y V de este artículo.</p>
--	--

“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 15 de Diciembre de 2006, 04 de Diciembre de 2006, 05 de Enero de 2006, 18 de Diciembre de 2009, 07 de Julio de 2000, 31 de Julio de 2013, 26 de Septiembre de 2013, 04 de Abril de 2015, 05 de Febrero de 2016, 22 de Julio de 2016, con el número CNSF-S0023-0553-2006, BADI-S0023-0084-2006, CGEN-S0023-0116-2006, CGEN-S0023-0133-2009, DVA-S-323/2000, CGEN-S0023-0149-2013, CGEN-S0023-0197-2013, RESP-S0023-0013-2015, MODI-S0023-0010-2016,RESP-S0023-0237-2016”.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0553-2006/CONDUSEF-001391-01

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

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

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

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

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

- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.
- Conocer si eres beneficiario en una póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

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

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

Número CONDUSEF: RESP-S0023-0482-2015/CONDUSEF-G-00446-001