

Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual Planes Tradicionales Prever

Denominados en UDI'S

Junio 2016

INDICE GENERAL

<i>Aviso de Privacidad</i>	4
1. <i>Objeto</i>	5
2. <i>Coberturas Básicas</i>	5
3. <i>Contratante</i>	5
4. <i>Contrato de seguro</i>	5
5. <i>Vigencia</i>	6
6. <i>Modificaciones</i>	6
7. <i>Carencia de restricciones</i>	6
8. <i>Pago de las primas</i>	6
9. <i>Período de espera para el pago de primas</i>	7
10. <i>Edad</i>	7
11. <i>Beneficiarios</i>	8
12. <i>Omisiones o inexactas declaraciones</i>	9
13. <i>Indisputabilidad</i>	10
14. <i>Suicidio</i>	10
15. <i>Rehabilitación</i>	11
16. <i>Liquidación</i>	11
17. <i>Competencia</i>	12
18. <i>Prescripción</i>	12
19. <i>Comunicaciones</i>	13
20. <i>Préstamos automáticos para el pago de primas</i>	13
21. <i>Valores garantizados</i>	13
22. <i>Interés por Mora</i>	14

23. Comprobación del siniestro.....	16
24. Fondo de inversión.....	16
25. Moneda.....	17
26. Revelación de comisiones.....	18
27. Régimen Fiscal.....	18
28. Derecho de conversión.....	18
29. Préstamos Ordinarios.....	19
CLAÚSULA OFAC.....	20
CONDICIONES DE COBERTURAS ADICIONALES DE VIDA INDIVIDUAL.....	21
COBERTURA ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT).....	22
COBERTURA ADICIONAL DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA).....	25
COBERTURA DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1).....	28
COBERTURA DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS (DI2)31	
DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS COLECTIVA (DI3).....	35
ENDOSO DEL BENEFICIO AYUDANDO EN VIDA.....	40
CLÁUSULA PARA MUJERES.....	45
CLÁUSULA PARA NO FUMADORES.....	45
CLÁUSULA DE SEGURO MANCOMUNADO.....	46

Aviso de Privacidad

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

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

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

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

1. Objeto.

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

2. Coberturas Básicas.

La compañía cubrirá la cobertura básica elegida conforme a lo definido a continuación, y dicha cobertura será consignada en la carátula de la póliza.

Plan vitalicio (Ordinario de Vida, Vida Pagos Limitados (VPL)).

La suma asegurada correspondiente a esta cobertura, se pagará a los beneficiarios designados en esta póliza al ocurrir el fallecimiento del asegurado.

Plan dotal.

La suma asegurada de esta cobertura, se pagará a los beneficiarios designados en esta póliza en caso de que ocurra el fallecimiento del asegurado dentro del plazo del seguro correspondiente, o a él mismo si al final de dicho plazo el asegurado sobrevive.

Plan temporal y Maxisumas.

La suma asegurada en esta cobertura, se pagará a los beneficiarios designados en la póliza, por el fallecimiento del asegurado, solo si ocurre dentro del plazo del seguro contratado.

3. Contratante.

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

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

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

4. Contrato de seguro.

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

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

5. Vigencia.

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

6. Modificaciones.

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

7. Carencia de restricciones.

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

8. Pago de las primas.

La prima total de la póliza, es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas. Anualmente se cobrará de manera adicional a la prima del seguro el recargo fijo, mismo que se actualizará anualmente al momento de contratación y/o renovación de la póliza, de acuerdo a procedimiento registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima anual estipulada para cada cobertura, deberá ser pagada al inicio de cada aniversario de la póliza, desde la fecha de celebración del contrato y dentro del periodo de espera para el pago de primas.

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

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el contratante, a cambio

del recibo de pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

9. Período de espera para el pago de primas.

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

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. Si dicho fondo es insuficiente, se aplicará lo establecido en la cláusula relativa a préstamo automático para el pago de primas, dando aviso al asegurado de dicha aplicación.

10. Edad.

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

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

La compañía declara que la edad mínima de aceptación del asegurado es de, 15 años y la edad máxima es de:

70 años para planes cuya cobertura sea de plazo fijo y ordinarios de vida con pagos limitados o con pagos durante la toda la vigencia de la cobertura.

50,55 y 65 años para los planes a edad alcanzada sesenta, sesenta y cinco y setenta y cinco respectivamente.

50,55 y 65 años para planes ordinarios de vida con pagos limitados a edad alcanzada sesenta, sesenta y cinco y setenta y cinco respectivamente.

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.

Para los efectos cuando la edad del asegurado este dentro o fuera de los límites de edad de admisión se atenderá a lo que se estable se en los Artículos 171° y 172° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 171°- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 172°- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

11. Beneficiarios.

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

En caso que deseen nombrar beneficiario a menores de edad, no debe señalar a un mayor como representante de los menores, para efecto de que en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes, herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios de un contrato de seguro, le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

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 de su consentimiento por escrito.

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

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

12. Omisiones o inexactas declaraciones.

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro y de conformidad con lo indicado en los Artículos 8º, 9º, 10º, 47º, 69º y 70º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y que a continuación se transcriben:

Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10º.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 47º.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 69º.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70º.- 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.

13. Indisputabilidad.

Este Contrato de Seguro, será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años, por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47º de la Ley, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo.

Una vez transcurrido dicho plazo, la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley sobre el Contrato de Seguro, para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

14. Suicidio.

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

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

15. Rehabilitación.

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

- I. Solicitud por escrito del contratante a la compañía.
- II. Informe del estado de salud del asegurado firmado por él 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 se paguen a la compañía las primas y las deudas derivadas de este contrato, con los intereses correspondientes (aplicando la tasa financiera de la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas), capitalizados anualmente desde la fecha en que hubiese cesado en sus efectos el contrato hasta su rehabilitación.

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

16. Liquidación.

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

Si el siniestro ocurre dentro del plazo de espera convenido para el pago de primas y el siniestro es procedente, de acuerdo con las presentes condiciones generales, el siniestro será pagado a los beneficiarios designados.

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

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

17. 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.

18. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 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 Seguros, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82° de la misma.

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

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

19. 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.

20. Préstamos automáticos para el pago de primas.

Si conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente al período de espera para el pago de primas (cláusula 9), el saldo disponible en el fondo de inversión (cláusula 24) es insuficiente para el pago de la prima vencida pendiente de pago, la compañía prestará la diferencia al contratante, sin necesidad de solicitud alguna de su parte y sujeto a la cláusula de préstamo. Esto se hará siempre y cuando los préstamos existentes, la prima aplicada al préstamo y los intereses correspondientes, no excedan el valor en efectivo a que el contratante tuviere derecho.

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

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

21. Valores garantizados.

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

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

Si en la fecha de solicitud del valor garantizado escogido, la póliza se encuentra gravada con alguna deuda, ésta deberá ser liquidada a la compañía, o bien se reducirá el importe de la opción

a la que pudiera pagarse con la diferencia entre el valor en efectivo disponible y el adeudo derivado de esta póliza.

Sólo en coberturas con plazos menores de 10 años que no sean coberturas dotales, no se otorgan valores garantizados.

- **Seguro Saldado.**

La Compañía otorgará como seguro saldado un plan temporal, reduciendo la suma asegurada de acuerdo a la tabla de valores garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de primas. Por lo que al ocurrir el fallecimiento del Asegurado pagará la suma asegurada que se determine con base en esta opción.

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

- **Seguro Prorrogado.**

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

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

Los planes dotales no tienen la opción de convertir el plan a seguro prorrogado.

- **Valor de Rescate.**

El Asegurado podrá obtener como Valor de Rescate; también llamado Valor en Efectivo, el importe que se indica en la columna correspondiente de la Tabla de Valores Garantizados contenida en la póliza, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas completas y al número de años transcurridos completos, estando al corriente del pago de las primas. En caso de que hubiera fondo de inversión, se le entregará junto con el Valor de Rescate.

En el caso de que se solicite el Valor de Rescate antes de terminar cada año de vigencia, dicho valor se calculará con base en la reserva exacta y con el método que se encuentre registrado hasta ese momento ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

22. Interés por Mora.

En el 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 cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el

Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas .

Ley sobre el Contrato de Seguro **Artículo 71°**:- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **Artículo 276°**:- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de Banca Múltiple del País, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las Instituciones de Banca Múltiple del País, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de éste artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado.
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y
- VIII. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

23. Comprobación del siniestro.

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la procedencia de su reclamación y de los hechos consignados en la misma. La compañía tiene derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro, con el fin de determinar las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

24. Fondo de inversión.

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

Este fondo generará intereses de acuerdo a la tasa de rendimiento obtenido por la compañía en sus inversiones una vez descontados 10% de la tasa, para cubrir los gastos de administración. Dichos intereses se calcularán y abonarán al cierre de cada mes, considerando el período real en que los abonos ingresaron al fondo de inversión.

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

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

- **Retiros.**

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

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

- **Pago automático de primas.**

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

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

- **Estados de cuenta.**

Por lo menos cada tres meses, se enviará al asegurado un estado de cuenta de manera impresa o por medios electrónicos y se remitirá en papel impreso cuando menos cada seis meses, indicándole todos los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado.

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

25. Moneda.

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

Si la suma asegurada esta denominada en dólares, 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.

En caso de que la suma asegurada, derechos y obligaciones estén denominadas en Unidades de Inversión (UDI), análogamente se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional al momento de efectuar dicho pago, tomando en consideración el valor de la UDI que publique el Banco de México en el Diario Oficial.

En caso de que la UDI desaparezca, la Institución se compromete a reemplazarla por un sistema que cumpla con el objetivo de mantener el valor adquisitivo de la suma asegurada.

26. 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.

27. Régimen Fiscal.

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

28. Derecho de conversión.

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

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

- I. La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la compañía al menos dos años antes de la terminación del plazo del seguro.
- II. La edad alcanzada por el asegurado al momento del cambio no podrá ser superior a 70 años.
- III. La nueva cobertura será efectiva a partir de la misma fecha en que cese la cobertura anterior.
- IV. 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.

- V. 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. Préstamos Ordinarios.

Se concederán préstamos, por cualquier cantidad, que sumados no excedan el valor en efectivo de la póliza, los cuales causarán intereses según la tasa que fije la compañía la cual se determinará como el máximo entre el interés financiero de la nota técnica y el interés obtenido derivado de las inversiones de la compañía más un 1.5% de gasto de administración. En el momento en que el adeudo iguale o supere al valor en efectivo, si el contratante no liquida dicho préstamo, los efectos del contrato cesarán automáticamente, sin necesidad de notificación alguna.

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

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

CLAÚSULA OFAC.

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

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

EXCLUSIÓN OFAC.

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

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

CONDICIONES DE COBERTURAS ADICIONALES DE VIDA INDIVIDUAL.

Las cláusulas y coberturas que a continuación se especifican, forman parte integrante de la póliza y se sujetan a las condiciones generales y específicas de la misma.

Si existe contradicción entre las condiciones específicas en las cláusulas y coberturas adicionales, y las condiciones de la póliza, prevalecerán las especificadas en las cláusulas, cobertura.

Las cláusulas y coberturas adicionales solamente aplicarán si se encuentran indicadas en la carátula de la póliza.

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

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado contratante sufre invalidez total y permanente, la compañía lo eximirá del pago de primas que correspondan al riesgo de su cobertura básica que vengán después de transcurrir el período de espera de 6 meses, cancelándose los beneficios adicionales que se tengan contratados. La póliza quedará de este modo vigente y el asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le conceden.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Para la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, las edades de aceptación son 15 años la mínima y 55 años la máxima.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

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

EXCLUSIONES PARA LOS BENEFICIOS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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 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 DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- 8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD, O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN, MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.**
- 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 NEGLIGENCIA 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.

La cobertura de invalidez 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 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIPA)

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado sufriera invalidez total y permanente, la compañía pagará al asegurado, en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para este beneficio inmediatamente después de transcurrir el período de espera de 6 meses.

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

EDADES DE ACEPTACIÓN

Para la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, las edades de aceptación son 15 años la mínima y 55 años la máxima.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

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

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

EXCLUSIONES PARA LOS BENEFICIOS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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 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 DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- 8. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD, O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN, MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.**
- 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 NEGLIGENCIA 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.

La cobertura de invalidez 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 DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (DI1)

Para efectos de esta cobertura, 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.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 69 años.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada por muerte en la póliza de la que forma parte. La Compañía pagará la suma asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

EXCLUSIONES

- 1. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- 2. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 3. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 4. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO.**
- 5. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- 6. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.**
- 7. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- 8. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.**

9. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
10. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.
11. RADIACIONES IONIZANTES.
12. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
13. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.
14. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.
15. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
16. 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.
17. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

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 cobertura.

CANCELACIÓN

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

Estas coberturas se cancelará automáticamente para cada asegurado, 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 DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS
(DI2)**

Para efectos de esta cobertura, 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.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 69 años.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada por muerte en la póliza de la que forma parte. La Compañía pagará la suma asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la escala elegida (“Escala A” o “Escala B”) conforme a lo indicado en la tabla de indemnización correspondiente. 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 “ESCALA A”

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

TABLA DE INDEMNIZACIONES “ESCALA B”

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de la mano	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de la mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de la mano	25%
Sordera completa de ambos oídos	20%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento a 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

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE O PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SE DEBA A:

- 1. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- 2. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 3. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 4. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO.**

5. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.
6. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.
7. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
8. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.
9. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
10. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.
11. RADIACIONES IONIZANTES.
12. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
13. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.
14. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.
15. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
16. 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.
17. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

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 cobertura.

El pago de las indemnizaciones por pérdida de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con el beneficio de pérdida de miembros, 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.

CANCELACIÓN

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

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada asegurado, 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.

**DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS COLECTIVA
(DI3)**

Para efectos de esta cobertura, 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.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 69 años.

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la suma asegurada contratada por muerte en la póliza de la que forma parte. La Compañía pagará la suma asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la escala elegida (“Escala A” o “Escala B”) conforme a lo indicado en la tabla de indemnización correspondiente. 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 “ESCALA A”

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

TABLA DE INDEMNIZACIONES “ESCALA B”

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	% DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de la mano	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de la mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de la mano	25%
Sordera completa de ambos oídos	20%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana 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.

INDEMNIZACION POR ACCIDENTE COLECTIVO

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

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.

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.

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

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

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE O PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SE DEBA A:

- 1. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- 2. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 3. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 4. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO.**
- 5. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- 6. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.**
- 7. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- 8. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.**
- 9. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- 10. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 11. RADIACIONES IONIZANTES.**

12. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
13. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.
14. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.
15. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
16. 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.
17. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

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 cobertura.

El pago de las indemnizaciones por pérdida de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con el beneficio de pérdida de miembros, 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.

CANCELACIÓN

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

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada asegurado, 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.

ENDOSO DEL BENEFICIO AYUDANDO EN VIDA

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

SUMA ASEGURADA

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

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

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

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

LIMITES DE EDAD

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

Renovación: Hasta los 64 Años de edad.

Cancelación: A los 65 Años de edad.

BENEFICIO

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

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

- b. Que la duración del plan contratado sea superior a 5 años.
- c. Que el asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario(s) con carácter de irrevocable, y en caso de haberlo hecho, que dicho(s) beneficiario(s) haya(n) notificado por escrito a Seguros Atlas, S. A. que están de acuerdo en que el asegurado haga uso de este beneficio.
- d. Que el propio asegurado o quien legalmente represente sus derechos, haga reclamación formal y por escrito a Seguros Atlas, S. A. del pago anticipado de que trata el presente endoso.
- e. Que la póliza se encuentre vigente y que no haya operado ninguna opción de conversión conforme al plan contratado, incluyendo la opción de conversión a seguro saldado o prorrogado.

ENFERMEDAD TERMINAL

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

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

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

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

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

Se procederá al pago de esta cobertura siempre y cuando:

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES ESPECIALES

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

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

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

3. Terminación de la cobertura que ampara este endoso.

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

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

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

EXCLUSIONES

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

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

CLÁUSULA PARA MUJERES.

Mediante esta cláusula que forma parte integral de la póliza a la que se adiciona, se hace constar que, conforme a los procedimientos registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se asignará la tarifa correspondiente a personas de sexo femenino, y con ello se determinarán las primas y valores garantizados de la póliza.

CLÁUSULA PARA NO FUMADORES.

Mediante esta cláusula que forma parte integral de la póliza a la que se adiciona se hace constar que el asegurado ha sido calificado como no fumador, como resultado de las declaraciones establecidas por el asegurado en la solicitud.

Por tal motivo, el asegurado gozará de los beneficios que ampara la póliza a que esta cláusula se refiere, pagando la tarifa especial para no fumador de acuerdo al sistema registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con ello se determinarán las primas y valores garantizados de la póliza por el tiempo que establece la misma, y mientras persistan las condiciones declaradas por el asegurado en la solicitud respectiva. En caso de presentarse cambios en las condiciones declaradas por el asegurado en la solicitud de la póliza o en la rehabilitación, el asegurado deberá presentar dichos cambios por escrito a la compañía en el siguiente aniversario de la póliza o en el momento de la rehabilitación respectivamente.

CLÁUSULA DE SEGURO MANCOMUNADO.

Este seguro tiene por objeto asegurar a dos personas que tienen mutuo interés asegurable a través de una sola póliza. Para efectos de este contrato se entenderá como Asegurado Mancomunado al cónyuge o concubino(a), del asegurado titular.

El Asegurado (Contratante) que aparece en la carátula de la póliza será el asegurado titular y el obligado al pago de primas, sin embargo, ambos asegurados estarán sujetos a todas las condiciones generales de la póliza por lo tanto cualquier condición que se estipule deberá ser cumplida por ambos.

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.

I. Seguros Atlas S.A pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas como se indica a continuación:

En caso de fallecimiento o muerte accidental (DI1) o muerte accidental colectiva (DI3)

La Compañía pagará la suma asegurada contratada una sola vez y será pagada a los beneficiarios del primero de los asegurados que fallezca.

En caso de fallecimiento simultáneo, la suma asegurada de las coberturas por fallecimiento se distribuirá el 50% entre los beneficiarios del Asegurado (contratante) y 50% para los beneficiarios del Asegurado (mancomunado).

En caso de sufrir la Invalidez Total

La Compañía pagará la suma asegurada contratada al primero de los asegurados que se invalide, después de transcurrir el período de espera.

En caso de invalidarse total y permanentemente de forma simultánea, la suma asegurada de la cobertura por invalidez se distribuirá 50% para el Asegurado (contratante) y 50% para el Asegurado (mancomunado), después de transcurrir el período de espera.

Adicionalmente si se contrató el Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez, si el Asegurado (Contratante) o el Asegurado (Mancomunado) sufrieran la invalidez total y permanente, la Compañía eximirá del pago de primas por el riesgo de la cobertura básica después de haber transcurrido el periodo de espera.

Pérdida de miembros (DI2)

Para efectos de esta cobertura cuando la indemnización corresponda a la pérdida de órganos y siempre que la misma sea contratada, Seguros Atlas pagará la suma asegurada de forma independiente para cada asegurado.

II. Las obligaciones correspondientes a este contrato finalizarán:

En el caso de planes Dotales, con el pago por sobrevivencia de ambos al término del plazo de la cobertura, el cual corresponderá al 50% de la suma asegurada contratada, para cada asegurado, ó; Con el pago de la suma asegurada por fallecimiento de cualquiera de los asegurados o de ambos.

“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 20 de Octubre de 2010, 14 de Diciembre de 2006, 07 de Julio de 2000, 31 de Julio de 2013, 26 de Septiembre de 2013, 04 de Abril de 2015, 22 de Julio de 2016 con el número CNSF-S0023-0577-2010, BADI-S0023-0084-2006, DVAS-S-323-2000, CGEN-S0023-0149-2013, CGEN-S0023-0197-2013, RESP-S0023-0013-2015, RESP-S0023-0237-2016”.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-S0023-0577-2010/CONDUSEF-001390-01

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