



CONTRATO DE SEGURO

CONDICIONES GENERALES

AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., en adelante la COMPAÑÍA, emite la presente Póliza sobre la vida del ASEGURADO, cuyo nombre figura en la carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE de la Póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

- **Accidente.** Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el ASEGURADO.
- **ASEGURADO.** Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza, y cuya muerte, supervivencia o integridad física se encuentren cubiertos bajo la presente Póliza de acuerdo a lo expresamente señalado en cada cobertura contratada.
- **Aseguradora y/o COMPAÑÍA.** AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el ASEGURADO o Beneficiario, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Beneficiario.** Aquella persona o personas que por designación del ASEGURADO o por disposición legal tiene derecho a recibir el beneficio contratado, o su proporción correspondiente, de aquellas coberturas en que con el carácter de Beneficiario se le ha designado.
- **Beneficios Adicionales.** Se refiere a la o a las coberturas adicionales contratadas para el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE que forman parte del Contrato de Seguro y que se indican en la carátula de la Póliza.
- **Cargo.** Es la cantidad que se descuenta de alguno de los fondos que mantiene la Póliza por concepto de prestación de servicios.
- **CONTRATANTE.** Es la persona física o moral que suscribe con la COMPAÑÍA una Póliza de seguro, y es responsable ante la COMPAÑÍA de pagar la prima correspondiente; asimismo, es quien designa las coberturas amparadas por la presente Póliza, cubre las primas correspondientes y cuenta con el derecho de disponer de los Valores Garantizados, de acuerdo a lo estipulado en este Contrato.
- **Costo del Seguro.** Es el monto necesario para mantener vigente el beneficio básico del seguro y que forma parte de la Deducción Mensual del Fondo individual.
- **Deducción Mensual.** Es el monto que se resta del Fondo Individual por concepto de: costo del seguro por fallecimiento, el costo de los beneficios adicionales (de ser el caso), y de administración.



- **Endoso.** Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.
- **Fondo Individual.** Es aquel que se conforma con las aportaciones de prima básica que realiza el CONTRATANTE de la Póliza, al cual se acredita una tasa de interés técnico y se deducen los cargos mensuales.
- **Fondo Excedente.** Es aquel que se conforma por la diferencia que resulte de los intereses ganados menos los intereses técnicos, menos los cargos aplicables correspondientes.
- **Fondo Adicional.** Es aquel que se conforma con las aportaciones adicionales que realiza el CONTRATANTE de la Póliza, independientes de aquellas que se realizan al Fondo Individual.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Período de Gracia.** Es el plazo otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.
- **Póliza y/o Contrato.** Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.
- **Prima Adicional.** Es la cantidad adicional a la prima básica que el CONTRATANTE pague durante la vigencia del seguro, ya sea en forma ocasional o periódica, con el propósito de incrementar la Suma Asegurada contratada.
- **Prima Básica.** Es la cantidad que deberá pagar el CONTRATANTE del seguro como condición para mantener la Póliza en vigor, cuyo monto, período y forma de pago se señalan en la carátula de la Póliza.
- **Prima Objetivo.** Es la cantidad pagada por el CONTRATANTE y se integra por la Prima Básica más la Prima Adicional.
- **Saldo Promedio de Fondos.** Para efectos de determinar los intereses acreditados en cada uno de los fondos se tomará como saldo promedio el resultado de dividir la suma del saldo del fondo cada día del período entre el número de días del período.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza, por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder el siniestro.
- **Tasa Acreditada.** Es la tasa de rendimiento obtenida por la inversión de los recursos del Fondo Adicional y el Fondo Excedente, menos el margen para financiar los gastos asociados a la administración de la cartera de inversión.
- **Tasa de Interés Técnico.** Es la tasa de rentabilidad anual que la COMPAÑÍA acreditará al Fondo Individual.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES

La Póliza y sus eventuales Endosos firmados por funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.



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 (30) 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).

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

- Los endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- La carátula de la Póliza
- Las condiciones generales
- La solicitud del seguro
- La tabla de cargos al fondo
- Las comunicaciones y los estados de cuenta

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante cláusulas o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deben estar firmados por el funcionario autorizado de la COMPAÑÍA, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

El ASEGURADO está obligado a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. El consentimiento del tercero ASEGURADO deberá también constar por escrito para toda designación de Beneficiario, así como el cambio de Beneficiario, y la transmisión del Beneficio del Contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la COMPAÑÍA.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley.

1. BENEFICIOS

1.1. BÁSICO

1.1.1. Por fallecimiento del ASEGURADO

En caso de que la Póliza se encuentre vigente en la fecha de fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados:

- a) La cantidad que resulte mayor de entre la Suma Asegurada contratada, y el 110% de la suma del Fondo Individual más el Fondo Excedente.
- b) El saldo del Fondo Adicional, en su caso.



1.1.2. Por sobrevivencia del ASEGURADO

En caso de que el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia de la Póliza contratada, la COMPAÑÍA pagará a éste:

- a) El saldo del Fondo Individual.
- b) El saldo del Fondo Excedente.
- c) El saldo del Fondo Adicional, en su caso.

1.2. OPCIONALES

1.2.1. Muerte Accidental

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

La COMPAÑÍA cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de Accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Si el ASEGURADO falleciera como consecuencia de algún Accidente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al ASEGURADO, por el mismo Accidente bajo la cobertura de pérdidas orgánicas.

La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

1.2.2. Pérdidas Orgánicas

Si durante la Vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto por la misma y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas que enseguida se enumeran, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	Escala A 100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);



- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura solo podrá ser adquirida si se cuenta con el Beneficio de Muerte Accidental descrito en el apartado (1.2.1)

1.3. Exclusiones - Riesgos No Cubiertos

Las presentes exclusiones aplican únicamente para las coberturas 1.2.1. y 1.2.2.

La aplicación del beneficio no se concederá cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica del ASEGURADO sea a consecuencia de:

- Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.**
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- Accidentes ocurridos por culpa del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- Por padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados en la solicitud de seguro, para efectos de este apartado se entenderá por padecimiento preexistente:**
 - Aquellos cuyo inicio tiene lugar en fecha anterior al comienzo de la cobertura y cuyos síntomas o signos no pudieran pasar desapercibidos,
 - Aquellos en los que se haya integrado un diagnóstico previo elaborado por un médico, o
 - Provocaron un gasto o fueron aparentes a la vista.

Para tales efectos se considerará como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la COMPAÑÍA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La COMPAÑÍA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.



En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. De no ser procedente la reclamación del ASEGURADO, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

2. FONDOS

Forman parte del beneficio BÁSICO tanto el Fondo Individual como el Fondo Excedente que llegue a formarse, los cuales se conformarán de la siguiente manera:

2.1. FONDO INDIVIDUAL

El saldo del Fondo Individual se integrará de la siguiente manera:

- a) El saldo del Fondo Individual a la fecha inicial de vigencia de la Póliza será igual a cero.
- b) El saldo del Fondo Individual al último día de cada mes será igual a:
 - El saldo del Fondo Individual al último día del mes anterior, más
 - La Prima Básica pagada durante el mes, más
 - Los intereses técnicos que se hayan producido durante el mes, calculados de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.1. Intereses del Fondo Individual de estas Condiciones, menos
 - Las deducciones mensuales correspondientes al mes, calculadas de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.2. Deducciones del Fondo Individual.
- c) El saldo del Fondo Individual en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes será igual a:
 - El saldo del Fondo Individual al inicio de ese mes, más
 - La Prima Básica de la Póliza pagada durante ese mes, menos
 - Las deducciones mensuales correspondientes a ese mismo mes, calculadas de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.1.2. Deducciones del Fondo Individual de estas Condiciones.

2.1.1. Intereses del Fondo Individual

Se acreditarán intereses el último día de cada mes aplicando la tasa de interés técnica mensual, sobre el saldo promedio del Fondo Individual en el período.

2.1.2. Deducciones del Fondo Individual

Se aplicarán mensualmente las siguientes deducciones del Fondo Individual:

- El costo mensual de la cobertura por fallecimiento.
- El cargo mensual por gastos de adquisición.
- El cargo mensual por gastos administrativos.

El costo mensual de la cobertura por fallecimiento se determinará sobre la base de las tasas mensuales correspondiente a la edad alcanzada por el CONTRATANTE en el último aniversario de la Póliza, las que se aplicarán sobre la cantidad que resulte mayor entre:

- a) La suma asegurada, menos el importe de los Fondos Individual y Excedente;



b) 110% de la suma del Fondo Individual, más el Fondo Excedente.

2.2. FONDO EXCEDENTE

El saldo del Fondo Excedente se integrará de la siguiente manera:

- a) El saldo del Fondo Excedente a la fecha inicial de vigencia de la Póliza será igual a cero.
- b) El saldo del Fondo Excedente en cada aniversario será igual a:
 - El saldo del Fondo Excedente al primer día del año Póliza inmediatamente anterior, más
 - Los intereses excedentes que se hayan originado durante el año Póliza, calculados de acuerdo al procedimiento que se describe en el apartado 2.2.1. Intereses del Fondo Excedente.
- c) El saldo del Fondo Excedente a una fecha que no coincida con el día primero de un año Póliza será igual al saldo del Fondo Excedente al día primero de ese mismo año Póliza.

2.2.1. Intereses del Fondo Excedente

Los intereses excedentes se integrarán al término de cada año Póliza de la siguiente manera:

- Si la tasa de interés ganada menos los cargos correspondientes es mayor que la Tasa de Interés Técnica, la diferencia entre ambas se acreditará como un interés excedente aplicado sobre el saldo promedio del Fondo Individual durante el período.
- Adicionalmente a lo anterior, se acreditará en esta cuenta los intereses que resulten de aplicar la tasa de interés ganada al saldo promedio del Fondo Excedente durante el mes.

2.3. FONDO ADICIONAL

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de seleccionar cualquiera de las opciones de inversión para el Fondo Adicional que la COMPAÑÍA mantenga, asimismo, podrá cambiar la asignación de Fondo una vez al mes, dando aviso a la COMPAÑÍA a más tardar el día veinticinco (25) de cada mes, en el entendido que dicho cambio surtirá efecto dentro los primeros tres (3) días hábiles del siguiente mes al que se solicitó el cambio respectivo.

El saldo del Fondo Adicional se integrará de la siguiente manera:

- a) El valor a la fecha inicial de vigencia será igual a cero.
- b) El valor al último día de cada mes será igual a:
 - El saldo al último día del mes anterior, más
 - La prima adicional periódica pagada durante el mes, más
 - Las primas adicionales extraordinarias pagadas durante el mes, más
 - Los intereses que se hayan originado durante el mes, calculados de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.3.1. Intereses del Fondo Adicional de estas Condiciones, menos
 - El cargo por gastos de adquisición y gastos operacionales de este Fondo adicional, menos



- Los retiros del fondo adicional efectuados, de acuerdo a lo señalado en el apartado 2.3.2. Retiros del Fondo Adicional de estas Condiciones, menos
- Los cargos por retiro anticipado efectuados en el mes.

La totalidad de los recursos de este Fondo se invertirán, a elección del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en instrumentos que dependiendo de los rendimientos esperados, sean considerados como de alto, medio o bajo riesgo de mercado, tomando en consideración las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, mensualmente podrá optar por un instrumento de inversión distinto al seleccionado, a través del formato que la COMPAÑÍA establezca para tal efecto.

2.3.1. Intereses del Fondo Adicional

Valorización de la Cartera de Inversiones:

La valorización de la cartera de inversiones de los saldos del Fondo Adicional se efectuará de acuerdo a los precios y a las tasas que tengan en los mercados secundarios formales los instrumentos financieros que componen dicha cartera, el último día de cada mes.

Tasa de Rentabilidad de la Cartera de Inversiones:

Valorizada la cartera de inversiones el último día del mes, de acuerdo con lo establecido en el número precedente, se procederá a calcular la tasa de rentabilidad mensual de dicha cartera mediante el cociente entre la diferencia de valor de la cartera de inversiones de ese mes, y el valor de ella el último día del mes inmediato anterior, incluyendo los efectos de las compras y ventas de instrumentos financieros a su valor de transacción.

Intereses de la Cartera de Inversiones:

Los intereses que ingresarán en la correspondiente al Fondo Adicional el último día de cada mes, resultará de multiplicar el saldo promedio por la tasa neta de rentabilidad de ese mes menos el cargo administrativo respectivo.

2.3.2. Aportaciones al Fondo Adicional

El CONTRATANTE tiene derecho a realizar aportaciones voluntarias a su Fondo Adicional, ya sea de forma regular en los que una proporción de la Prima Básica se tomará como aportación a dicho Fondo; o de forma extraordinaria en los que la totalidad de su aportación se considerará con tal carácter.

Las aportaciones que se realicen a este Fondo no pueden efectuarse a través de tarjeta de crédito, sino únicamente a través de depósitos bancarios en las cuentas que para tal efecto indique la COMPAÑÍA. Dichas aportaciones, en lo individual no podrán exceder de un máximo del equivalente a diez mil dólares americanos; y en conjunto de treinta mil dólares americanos por año.

En estos casos la COMPAÑÍA deducirá del monto de las aportaciones los costos de administración y adquisición que correspondan.

3. VALOR DE RESCATE DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá rescatar esta Póliza por el correspondiente valor de rescate; las obligaciones de la COMPAÑÍA terminan el último día del mes en que se solicitó el rescate. La COMPAÑÍA pagará el valor de rescate dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al último día de cada mes.

El valor de rescate será igual al saldo del Fondo Individual, más el Fondo Excedente menos el cargo por rescate que aparece en la Tabla de Cargos al Fondo, más el Fondo Adicional al último día del mes en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la opción de rescate.

4. RETIROS

El CONTRATANTE podrá efectuar retiros antes de concluir la vigencia pactada, de acuerdo a lo siguiente:



- a) Retiros Parciales. El CONTRATANTE podrá rescatar una parte de la inversión del Fondo Adicional, una vez al mes y a lo sumo cuatro veces al año, sin cargo alguno para los dos primeros; los dos restantes estarán sujetos a un cargo equivalente al importe de dos días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

Para efectos de lo anterior, el CONTRATANTE deberá presentar una solicitud por escrito dirigida a la COMPAÑÍA, quien pagará dicho retiro dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente al de la solicitud; las solicitudes de retiro recibidas en los últimos cinco (5) días hábiles de cada mes se tramitarán en el mes siguiente.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a retirar sus aportaciones adicionales una vez que hayan transcurrido treinta (30) días naturales desde la fecha en que realizó la aportación.

- b) Retiro Total. El CONTRATANTE podrá rescatar la totalidad de los recursos que se encuentren tanto en el Fondo Individual, el Fondo Adicional y el Fondo de Excedente. Al momento del rescate se aplicará el cargo que corresponda, conforme a la Tabla de Cargos al Fondo que forma parte integrante de las presentes condiciones.

5. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

Las coberturas previstas en esta Póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado en la carátula de la Póliza. Los vencimientos de plazos para el pago de las primas se producirán a las cero horas de igual día del mes y año que corresponda. Lo mismo ocurrirá tratándose de pagos fraccionados.

6. EDAD

Para efectos del seguro se considerará como edad, la edad alcanzada por el ASEGURADO. La edad alcanzada es el número de años cumplidos por el ASEGURADO en la fecha de contratación de la Póliza.

Al momento de contratación de la Póliza, el ASEGURADO deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO, la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) Si la COMPAÑÍA 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 del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a rembolsar 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.
- d) Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley).



Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el ASEGURADO presenta a la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de su edad, la COMPAÑÍA lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando que haya de pagar el siniestro por muerte del ASEGURADO.

7. PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período, y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidos en la carátula de la Póliza.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de la COMPAÑÍA o en los establecimientos y bancos autorizados por la COMPAÑÍA, que aparecen en los recibos de pago que se harán llegar al domicilio del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO no reciba oportunamente el formato para el pago de las primas, no operará lo estipulado en la cláusula relativa al Período de Gracia.

Para el caso de que el CONTRATANTE desee efectuar los pagos correspondientes, a través de una tarjeta de crédito o débito, deberá autorizar a la COMPAÑÍA para que ésta efectúe los cargos respectivos, previo consentimiento que conste en la solicitud del seguro.

Si el pago de las primas se efectúa mediante cargo en cuenta de ahorro o tarjeta de crédito el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al ASEGURADO, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia.

8. DERECHO DE PÓLIZA

El CONTRATANTE pagará por este concepto un importe de \$500.00 (Quinientos pesos 00/100 M.N.), al momento de efectuar el primer pago, independientemente de la forma de pago que haya elegido. Este importe se devolverá al CONTRATANTE por medio del Fondo Individual al inicio del mes trece.

9. PERÍODO DE GRACIA

El incumplimiento en el pago de la Prima Básica no invalidará la vigencia de la Póliza mientras el Fondo Individual sea superior o igual al monto por deducciones mensuales más la prima de las coberturas adicionales.

Si al inicio de un mes calendario se verifica que el monto por deducciones mensuales, más la prima de las coberturas adicionales correspondientes a ese mes es mayor al valor del Fondo Individual al inicio de ese mismo mes, el CONTRATANTE dispondrá de un plazo de gracia de treinta (30) días para regularizar la situación, contado desde el día primero del mes en que se produce la insuficiencia de fondos.

Se entiende que el incumplimiento en el pago de la Prima Básica modificará el valor final del saldo del Fondo Individual, lo que implica una disminución de los valores de rescate señalados en la carátula de la Póliza.

Una vez utilizado el valor de rescate o cuando aún no se haya generado dicho valor, se dispondrá del Fondo Excedente en primera instancia, y posteriormente del Fondo Adicional, para continuar satisfaciendo las deducciones mensuales del Fondo Individual y la prima mensual de las coberturas adicionales, y así mantener la Póliza vigente.

Sin perjuicio de lo anterior, y en tanto la Póliza continúe vigente, el CONTRATANTE podrá pagar todas las primas adeudadas con sus intereses a fin de restituir al saldo del Fondo Individual el valor originalmente pactado para el vencimiento de la Póliza.

10. REHABILITACIÓN

En caso de terminación anticipada de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito su rehabilitación antes de que transcurran seis (6) meses desde la fecha en que se canceló la Póliza.



Para tal efecto, deberá presentar las pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la COMPAÑÍA, y pagar cuando menos el importe correspondiente a tres (3) Primas Básicas. En este caso, el Fondo Excedente a la fecha de la rehabilitación de la Póliza tendrá un saldo igual a cero, aplicándose a partir de esa fecha lo dispuesto en la cláusula FONDO EXCEDENTE de estas Condiciones Generales.

Cumplidas las condiciones anteriores, la Póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que la COMPAÑÍA aprobó la solicitud de rehabilitación.

11. REVALORIZACIÓN

En cada aniversario de la Póliza se incrementará el monto de la Prima Objetivo en un cinco por ciento (5%), el importe de estos incrementos se considerarán como Prima Adicional.

El CONTRATANTE tiene derecho a cancelar estas revalorizaciones en cualquier aniversario de la Póliza. Una vez cancelado este beneficio no se podrá restituir.

12. FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO

Al finalizar la vigencia de la Póliza la COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE los recursos que se hayan generado en el Fondo Individual y en el Fondo Adicional, en su caso, conforme a alguna de las siguientes formas de pago, a elección del CONTRATANTE al momento de la contratación de la Póliza:

- a) Entrega de los recursos en una sola exhibición al finalizar la vigencia de la Póliza.
- b) Entrega de los recursos divididos en el número de exhibiciones que el CONTRATANTE determine, las cuales serán pagadas de forma anual.
- c) En caso de haber designado como Beneficiario un fideicomiso, los recursos se entregarán al fideicomiso respectivo, quien será el encargado de administrar y pagar los fondos correspondientes.

13. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de esta Póliza terminará cuando se agoten los recursos del Fondo Individual y haya transcurrido el Período de Gracia señalado en la cláusula correspondiente.

14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente cláusula. Para las coberturas indicadas en las cláusulas 1.1.2 y 1.2.2, se tendrá como Beneficiario al propio ASEGURADO.

El ASEGURADO tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El ASEGURADO podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el ASEGURADO haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la COMPAÑÍA. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible (Artículo 165 de la Ley).

Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el ASEGURADO y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del ASEGURADO, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha con anterioridad (Artículo 164 de la Ley).

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior, y será válida aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del fallecimiento del ASEGURADO; sin embargo, la COMPAÑÍA quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la



indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el Beneficio se distribuirá en partes iguales.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás (Artículo 177 de la Ley).

Por herederos o causahabientes designados como Beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al ASEGURADO en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (Artículo 173 de la Ley).

La COMPAÑÍA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del ASEGURADO, o cuando resulte responsable de cualquier acto que atente contra la vida de este último. Si la muerte del ASEGURADO es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del ASEGURADO tendrán derecho a la reserva matemática (Artículo 185 de la Ley).

15. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir al ASEGURADO y/o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que el ASEGURADO y/o Beneficiario deben proporcionar a la COMPAÑÍA, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito.

Se perderá todo derecho al Beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

16. DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el CONTRATANTE, en el domicilio de la COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del CONTRATANTE.

17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la COMPAÑÍA.

18. DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO según sea el caso.



19. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

20. CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base esta Póliza, deberá ser aprobada por la COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de evaluar y rechazar el riesgo, y en caso de aceptarlo lo hará constar en la misma Póliza por medio de un endoso. Sin dicha autorización, los convenios realizados por el CONTRATANTE con terceros no tendrán ningún valor para la COMPAÑÍA.

21. MONEDA DEL CONTRATO

Los pagos que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la COMPAÑÍA deban hacer en términos de este Contrato, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

22. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en la delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del ASEGURADO, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, en los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen. De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la COMPAÑÍA.

23. INDEMNIZACIÓN 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, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CD S0058 VGL