

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

La Compañía
Contratante
Asegurado
Suma Asegurada
Renta
Endoso
Prima

II. COBERTURAS

Cobertura Básica

Protección Temporal
Recuperación de Primas Pagadas

Coberturas Opcionales

Gastos Inmediatos
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
Cobertura de Previsión

III. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato
Pago de Primas
Valores Garantizados
Periodicidad
Renovación Automática
Edad
Ajuste por edad
Prescripción
Omisiones o Declaraciones Inexactas
Modificaciones y Notificaciones
Competencia
Carencia de Restricciones
Inmutabilidad
Indisputabilidad
Suicidio
Indemnización por Mora
Deducciones
Terminación del Contrato
Cesación Automática del Contrato
Rehabilitación y Cambio de Cobertura
Comprobación del Siniestro
Beneficiarios
Cambio de Beneficiarios
Formas de Liquidación

I. DEFINICIONES

La Compañía: Seguros Argos, S.A. de C.V.

Contratante: Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración de este contrato para sí o para terceras personas y es responsable ante La Compañía del pago de la Prima correspondiente.

Para efectos de la póliza, el Contratante es el propio Asegurado. En caso de que el Contratante sea diferente al Asegurado, se hará constar esta circunstancia en la póliza.

Asegurado Titular: Es la persona física que se encuentra amparada bajo los términos de este contrato.

Suma Asegurada: Es la cantidad total que La Compañía pagará a los beneficiarios designados en la póliza, al ocurrir el siniestro amparado en este contrato.

Endoso: Documento anexo a la póliza y que forma parte de la misma, que modifica y/o se adiciona a sus condiciones generales. Lo estipulado en el Endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello en que se contraponga.

Prima: Es la cantidad que el Contratante y/o Asegurado Titular pagará a La Compañía por las coberturas contratadas en la póliza.

II. COBERTURAS

Cobertura Básica

Protección Temporal

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para La Compañía.

Los límites de admisión por edad establecidos por La Compañía son de 15 años como mínimo y 60 años como máximo.

Recuperación de Primas Pagadas

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados en la póliza, adicionalmente a la Suma Asegurada, todas las Primas pagadas por el Asegurado Titular hasta el momento del fallecimiento siempre y cuando este ocurra a partir de que se cumpla el quinto año de vigencia de la póliza.

Coberturas Opcionales

Gastos Inmediatos
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
Cobertura de Previsión

Las coberturas señaladas anteriormente solo se concederán si en la carátula de la póliza se indica expresamente que se encuentran incluidas.

Gastos Inmediatos

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado Titular sobrevive al término de dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para La Compañía.

Al fallecimiento del Asegurado Titular, La Compañía realizará el pago por Gastos Inmediatos en la misma proporción que se estableció para los Beneficiarios con respecto a la Suma Asegurada básica, en un plazo no mayor a 24 horas, en días hábiles una vez presentado el certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario.

En caso de no existir Beneficiarios expresamente designados, se pagará la Suma Asegurada a la sucesión del Asegurado Titular.

Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 15 años como mínimo y 60 años como máximo.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si estando vigente esta cobertura, el Asegurado Titular sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, La Compañía lo eximirá del pago de las Primas de las coberturas por fallecimiento, que venzan a partir de la fecha en que se emita el diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

Para efectos de este contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado Titular para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por enfermedades o accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se requerirá la presentación a La Compañía del dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que determinen una invalidez o incapacidad total y permanente de acuerdo con ésta cláusula. La Compañía tendrá la facultad de requerir al Asegurado Titular la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella para confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía no ratifique que el Asegurado Titular se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de La Compañía.

Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 15 años como mínimo y 54 años como máximo.

Exclusiones

La Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente no será cubierta cuando:

- 1. El estado de Invalidez Total y Permanente sea originado por participar en:**

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo o insurrección.**
 - b) **Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado Titular.**
 - c) **Aviación privada en vuelos no regulares.**
 - d) **La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
2. **Estado de Invalidez Total y Permanente originado por intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular.**
 3. **Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.**
 4. **Cuando el Asegurado Titular se encuentre tramitando o en proceso de obtener un dictamen de Incapacidad Total y Permanente, antes del inicio de la vigencia de la póliza.**

Esta cobertura no otorga derecho a Valores Garantizados.

Pruebas

El estado de Invalidez Total y Permanente deberá ser comprobado por el Asegurado Titular a La Compañía, en los términos señalados anteriormente. Esta podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, pedir al Asegurado Titular la comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total y Permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total y Permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede la cobertura.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía, al término del plazo del seguro o en el aniversario de la póliza inmediato posterior, en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 55 años, lo que ocurra primero.

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

El dictamen deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y podrá ser avalado por el médico dictaminador que La Compañía designe. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de La Compañía.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicas producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Exclusiones

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:

- 1. SIDA o presencia del virus del VIH**
- 2. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo**
- 3. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares**
- 4. Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.**

Porcentaje para pago anticipado

El Asegurado Titular podrá elegir en el momento de solicitarlo, el porcentaje que desee teniendo como máxima el 50% de la Suma Asegurada, siempre que este anticipo no sea superior a \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.).

La Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje elegido por el Asegurado Titular para este beneficio a la Suma Asegurada básica al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a La Compañía, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

Cobertura de Previsión

Descripción de la cobertura

Esta cobertura consiste en la compra de una renta diferida. Durante el Periodo de Diferimiento (que se define posteriormente) y a partir de la fecha de efectividad de esta póliza el Asegurado Titular podrá disponer en forma total o parcial del Fondo constituido.

Transcurrido el Periodo de Diferimiento, La Compañía pagará al Asegurado Titular la renta a la que tenga derecho.

Renta: Es la cantidad a la que tendrá derecho el Asegurado Titular una vez que termine el Periodo de Diferimiento, y que se determinará en función del saldo existente en el Fondo a la fecha de inicio de pago o liquidación.

Fecha de Efectividad

Es la fecha a partir de la cual se inicia la vigencia de esta cobertura. A partir de esta fecha se empiezan a acreditar intereses al fondo que se constituye. La fecha de efectividad se señala en la carátula de esta póliza.

Periodo de Diferimiento

Se define como el número de años contados a partir de la Fecha de Efectividad y el Inicio de Liquidación del Beneficio.

El Periodo de Diferimiento podrá extenderse previa solicitud por escrito del Asegurado Titular a La Compañía.

Inicio de Liquidación

Es la fecha a partir de la cual se iniciará el pago de Rentas de acuerdo a lo estipulado en la Forma de Liquidación del Beneficio.

En caso de que llegada la fecha de Inicio de Liquidación, el Asegurado Titular no solicite a La Compañía el pago del importe correspondiente a esta cobertura, dicho importe se enviará en forma automática a un fondo en administración donde permanecerá hasta ser reclamado por el Asegurado Titular o sus beneficiarios. En este caso ni el Asegurado Titular ni sus beneficiarios tendrán derecho a reclamar a La Compañía el pago de los intereses moratorios.

Forma de Liquidación de la Cobertura

Una vez terminado el Periodo de Diferimiento, el Asegurado Titular tendrá derecho a una Renta mensual vitalicia con periodo de garantía de 10 años. El monto de la Renta mensual vitalicia es el que aparece señalado en la carátula de la póliza. Si el Asegurado Titular realiza aportaciones adicionales o retiros parciales, el monto de la Renta mensual a la que tiene derecho se modificará de acuerdo a las mismas, al igual que por la tasa de interés que se acredite al Fondo.

En caso de que el Asegurado Titular llegase a fallecer durante el periodo de liquidación del beneficio y antes de que se cumplan los 10 años de Renta garantizada, La Compañía pagará a los beneficiarios designados en la póliza las rentas mensuales que faltaren para cubrir el periodo de garantía de 10 años. Estas cantidades serán cubiertas en la misma forma y periodicidad con la que se venía pagando al Asegurado Titular. Una vez terminado el periodo de garantía de 10 años, termina toda obligación de La Compañía con respecto a los beneficiarios.

Otras Formas de Liquidación

Una vez que dé inicio la Liquidación del Beneficio y en caso de que el Asegurado Titular así lo solicite, podrá optar por otra forma de liquidación diferente a la señalada en la cláusula Forma de Liquidación, eligiendo el Asegurado Titular entre las siguientes:

- a) Renta Vitalicia sin periodo de garantía.- Una Renta anual o mensual que se iniciará en la fecha de término del Periodo de Diferimiento y continuará durante la vida del Asegurado Titular, terminándose toda obligación de la Compañía al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular. En caso de que el Asegurado Titular elija esta Forma de Liquidación.
- b) Pago Único.- Se le dará al Asegurado Titular o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento el monto total del Fondo constituido por sus aportaciones e intereses, al vencimiento del Periodo de Diferimiento, terminándose toda obligación de La Compañía al efectuar dicho Pago Único.

Fondo

El Fondo durante el periodo de diferimiento, estará constituido por:

- a) Las primas aportadas.
- b) Las aportaciones adicionales que en su caso se realicen
- c) Intereses generados.

Menos:

- a) Los rescates parciales que sobre el Fondo se efectúen
- b) Otros cargos al fondo que podrán efectuarse por: Rescates, administración y en su caso por el pago de prima de las coberturas adicionales a la de previsión que en su caso estén contratadas.

La prima y las aportaciones adicionales serán invertidas por La Compañía conforme a las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por lo que el interés generado por dichas inversiones, será calculado conforme a la nota técnica registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Instrucciones a La Compañía respecto al Fondo

Todas las instrucciones para realizar retiros parciales, rescates o cualquier otro movimiento que afecte al fondo, en términos de este contrato, deberán ser efectuadas por el Contratante y/o Asegurado Titular mediante escrito dirigido a La Compañía.

No obstante, el Contratante y/o Asegurado Titular podrá girar sus instrucciones a La Compañía, mediante el uso del Centro de Servicio a Clientes que La Compañía tiene establecido para tal fin o a través de internet en la página Web de La Compañía.

La Compañía prestará en forma gratuita al Contratante y Asegurado Titular el servicio de consulta y operaciones a través de su Centro de Servicio a Clientes vía telefónica o vía electrónica a través de internet, a efecto de que el Asegurado Titular pueda efectuar rescates o consultas del fondo afecto a esta póliza.

Para tales efectos, el Contratante y el Asegurado Titular deberán proporcionar a La Compañía la información que ésta estime necesaria para comprobar su identidad, así como se obliga a seguir las instrucciones para el soporte de las operaciones que realice, para tales efectos se proporcionará al Contratante y Asegurado Titular un número de identificación único.

El uso y confidencialidad del número de identificación asignado al Contratante y al Asegurado Titular, son responsabilidad de cada uno de ellos.

Las llamadas que La Compañía reciba en su Centro de Servicio a Clientes, podrán ser grabadas utilizando el registro de voz por medios electrónicos reproducibles, para seguridad de las partes.

El uso del servicio por medio del Centro de Servicio a Clientes o vía internet tendrá los mismos efectos legales que si el Contratante y/o el Asegurado Titular hubieran girado sus instrucciones por escrito.

La información e instrucciones que el Contratante y el Asegurado Titular transmitan a La Compañía mediante el Centro de Servicio a Clientes e internet, tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar las operaciones realizadas.

Disposiciones Fiscales

Todas las Formas de Liquidación del beneficio, aportaciones adicionales y los retiros parciales o totales estarán sujetos conforme a las Leyes Fiscales Vigentes en la fecha de pago o retiro según corresponda.

Estados de Cuenta

La Compañía proporcionará al Contratante y/o al Asegurado Titular, por lo menos una vez al año, un estado de cuenta que contendrá la siguiente información:

- a) Fondo al aniversario inmediato anterior.
- b) Rescates efectuados por el Asegurado Titular, en el periodo.
- c) Intereses acreditados por la Inversión del fondo.
- d) Aportaciones efectuadas por el Asegurado Titular.
- e) Fondo al aniversario actual.

Los montos reflejados serán los que existan a la fecha en que la Compañía emita el estado de cuenta correspondiente.

Cancelación de la cobertura

La cobertura dejará de estar en vigor en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Fallecimiento del Asegurado Titular.
 - a.1) Si el fallecimiento ocurre dentro del periodo de diferimiento, La Compañía entregará a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular el fondo constituido hasta ese momento.
 - a.2) Si el fallecimiento ocurre dentro del periodo de pago de rentas, se aplicará la Forma de Liquidación del Beneficio que se haya elegido.
- b) En caso de cancelación total de la póliza. En este supuesto se pagará al Contratante el importe que a esa fecha exista en el Fondo en una sola exhibición.
- c) En caso de que el importe afecto al Fondo sea insuficiente para efectuar el pago del beneficio de la cobertura de previsión y/o el pago de las primas de las coberturas adicionales a ésta, en cuyo caso el Fondo se rescatará automáticamente y el importe correspondiente que exista se pondrá a disposición del Contratante.

III. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

La Compañía se obliga en los términos de éste contrato, a brindar al Asegurado Titular la protección de las coberturas amparadas en la póliza a cambio de la obligación del pago de la Prima convenida, a partir del momento en que el Asegurado Titular tenga conocimiento de la aceptación de su oferta y durante la vigencia de la misma.

La carátula de la póliza, estas condiciones generales, endosos, la solicitud de seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrado entre La Compañía y el Contratante, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes y haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Pago de Primas

El Contratante puede pagar la Prima anual de cada cobertura contratada de manera fraccionada a partir de la fecha de celebración del contrato y durante los plazos de pago estipulados en la póliza.

El pago de la Prima será efectuado mediante descuento por nómina, haciéndose del conocimiento de la empresa para la cual labore el Contratante y solicitando la aplicación de los descuentos correspondientes.

El Contratante tendrá la obligación de verificar que el descuento se encuentre incluido en sus recibos de pago, en caso de que no aparezca deberá hacer el pago de la Prima directamente en el domicilio de La Compañía.

Hasta en tanto La Compañía no entregue el recibo de pago de las Primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

En caso de que la empresa para la que preste sus servicios el Contratante, por cualquier causa, no realice los descuentos en la nómina del Contratante para el pago de las Primas y éste no efectúe el pago directamente a La Compañía, ésta procederá a:

- a) Si se tienen contratada la cobertura de Previsión, se cargará al Fondo el importe de las primas, hasta en tanto exista saldo en el Fondo. En caso de que el importe afecto al Fondo se reduzca de tal manera que no alcance para efectuar el pago del Beneficio y/o el pago de las primas, dicho Fondo se rescatará automáticamente notificando a La Compañía tal circunstancia al Contratante y poniendo a su disposición el monto correspondiente.
- b) Convertir el seguro a Seguro Prorrogado si el Contratante tiene derecho a Valores Garantizados.
- c) Cancelar la póliza por falta de pago de prima o fracción de ella en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Valores Garantizados

Habiéndose efectuado el pago de tres primas anuales consecutivas el Asegurado Titular tendrá derecho a un Valor en Efectivo determinado de acuerdo con el procedimiento registrado en la Comisión Nacional de Seguro y Fianzas, este Valor corresponden únicamente a las coberturas por fallecimiento.

Mediante solicitud escrita y remitiendo la póliza para su cancelación o anotación correspondiente el Asegurado podrá:

- a) Rescatar la póliza por su Valor en Efectivo.
- b) Aplicar el Valor en Efectivo a su equivalente en Seguro Prorrogado, manteniendo el plan en vigor sin más pago de Primas, por la Suma Asegurada vigente a la fecha de conversión y durante el plazo del seguro que se alcance a cubrir con dicho Valor.

Periodicidad

El Contratante pagará la Prima anual de manera fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el Contratante y La Compañía en la fecha de la celebración del contrato.

A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de 30 días para efectuar el pago de la Prima correspondiente.

Renovación Automática

Este seguro podrá ser renovado a petición del Asegurado Titular por el mismo plazo de seguro que venía disfrutando, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales.

La prima se aplicará de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado Titular a la fecha de renovación.

El pago de la prima acreditado en su recibo de nómina se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Edad

Para efectos de este contrato, se considera como edad del Asegurado Titular la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de celebración del contrato de seguro. La fecha de nacimiento del Asegurado Titular podrá comprobarse fehacientemente una sola vez cuando La Compañía lo solicite y se hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no se podrán exigir nuevas pruebas de edad.

Ajuste por edad

Si en vida del Asegurado Titular se comprueba que al expedirse la póliza, su edad real era:

- a) Menor que la declarada. La Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado Titular en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores se deducirán de acuerdo a la edad real del Asegurado Titular.
- b) Mayor que la declarada. 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.
- c) Fuera de los límites de admisión. La Compañía considerará rescindido el contrato, devolviendo al Asegurado Titular la reserva matemática existente en la fecha de rescisión y el importe que en su caso exista en el fondo.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado Titular se comprueba que al expedirse la póliza, su edad real era:

- a. Incorrecta pero dentro de los límites de admisión, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas alcancen a amparar de acuerdo con la edad real, conforme a la nota técnica.
- b. Incorrecta y se encuentra fuera de los límites de admisión, La Compañía considerará rescindido el contrato, devolviendo a los Beneficiarios la reserva matemática existente en la fecha de rescisión y el importe que en su caso exista en el Fondo si se tiene contratada la cobertura de Previsión, en la misma proporción que se estableció para la Suma Asegurada básica.

Prescripción

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

La prescripción se suspenderá 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 La Compañía.

Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y el Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a La Compañía, todos los hechos importantes que se le pregunten en la solicitud y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Modificaciones y Notificaciones

Las modificaciones a este contrato se harán previo acuerdo entre La Compañía y el Contratante haciéndose constar por escrito mediante los endosos registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes de seguros o cualquiera otra persona no autorizada expresamente por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a La Compañía deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social ubicado en: Insurgentes Sur No. 1685, 2° piso, Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, en México, Distrito Federal, los requerimientos y comunicaciones que La Compañía deba hacer al Asegurado Titular o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Compañía.

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.

Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado Titular o sus beneficiarios podrán 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 a su domicilio o en la Unidad Especializada de La Compañía, en los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario 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 CONDUSEF, o de quien ésta proponga y se dejen a salvo los derechos del reclamante, como en el caso de que no se agote etapa conciliatoria previa, serán competentes los tribunales del domicilio de la Delegación de CONDUSEF que el reclamante determine.

Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado Titular.

Inmutabilidad

Mientras esta póliza esté en vigor, La Compañía no podrá modificar las Primas, salvo que exista modificación de la Suma Asegurada contratada.

Indisputabilidad

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla 1 año de estar en vigor, contado a partir

de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado Titular, entendiéndose por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Asimismo, no serán disputables por cuanto a la rescisión a que se refiere el párrafo anterior, después de 1 año a partir de la fecha de su inicio de vigencia, los incrementos de Suma Asegurada o la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional no estipulados en el contrato original, por omisiones o inexactas declaraciones contenidos en los documentos que formen parte de la póliza y que hayan servido de base para el otorgamiento de los mismos.

Suicidio

La Compañía estará obligada al pago de la Suma Asegurada, en caso de suicidio del Asegurado, si éste ocurre después de dos años de estar en vigor este contrato o su última rehabilitación, en el caso de que ocurra dentro de los dos primeros años, la obligación de La Compañía se limitará a cubrir el importe de la reserva matemática existente.

Indemnización por Mora

En caso de que La Compañía, no obstante haber recibido la documentación completa relacionada con el siniestro así como la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, o beneficiario una indemnización por mora, dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél que se haga exigible la obligación.

Deducciones

Cualquier Prima vencida y no pagada, serán deducidos de la liquidación que proceda.

Terminación del Contrato

El contrato terminará sin obligación posterior para La Compañía, con la Forma de Liquidación del Beneficio procedente o por expiración del plazo del seguro.

Cesación Automática del Contrato

El contrato de seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de prima o de la facción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Rehabilitación

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de Primas podrá ser rehabilitado en cualquier época, solicitándolo el Contratante y/o el Asegurado Titular por escrito a La Compañía y justificando su asegurabilidad, La Compañía expedirá en caso de aceptación el endoso correspondiente. Al efectuarse la rehabilitación el Contratante deberá pagar la Prima o Primas en descubierto.

Comprobación del siniestro

La Compañía tiene derecho a solicitar al Asegurado Titular o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Beneficiarios

El Asegurado Titular debe designar a sus beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del contrato de seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este contrato y los entregue a otras.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado Titular y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado Titular, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación hecha en los términos de la cláusula siguiente, en cuyo caso se pagará la Suma Asegurada a la sucesión del beneficiario.

Cambio de Beneficiarios

El Asegurado Titular tiene derecho en cualquier tiempo, a designar o cambiar libremente a los beneficiarios de la póliza. Para tal efecto el Asegurado Titular deberá notificar el cambio por escrito a La Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario, en caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Compañía pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones de este contrato.

El Asegurado Titular puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable y deberá comunicarlo al beneficiario y a La Compañía.

Formas de Liquidación

Para las coberturas por fallecimiento, Recuperación de Primas Pagadas y Gastos Inmediatos, La Compañía realizará el pago correspondiente a los beneficiarios designados en la póliza. A falta de beneficiarios expresamente designados, se pagará a la sucesión del Asegurado Titular.

Dicho pago se efectuará tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones y documentación completa que La Compañía pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

La Compañía garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 días hábiles contados a partir de aquel en que se satisfagan los requisitos señalados en el párrafo que antecede.

La Liquidación se hará de la siguiente forma:

- a) En caso de pagos menores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el Distrito Federal, La Compañía efectuará el pago derivado de este contrato, en una sola exhibición a través de documento nominativo a cada uno de los beneficiarios.
- b) En caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el Distrito Federal, se aplicará a elección de los beneficiarios, la Póliza de Administración Garantizada Argos (PAGA).

PAGA es una póliza con cobertura de renta vitalicia diferida que se expide a nombre del beneficiario y a través de la cual, se puede disponer parcial o totalmente del monto en dicha póliza invertido, más intereses, según los procedimientos registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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, por registro número _____ de fecha _____.