


esto 
es *vida*
¡Seguro!

ÍNDICE

DEFINICIONES	4
LA COMPAÑÍA	4
CONTRATANTE	4
ASEGURADO TITULAR	4
SUMA ASEGURADA	4
ENDOSO	4
PRIMA	4
GASTOS INMEDIATOS	4
COBERTURAS	4
BÁSICA POR FALLECIMIENTO (BAS)	4
COBERTURAS ADICIONALES	4
GASTOS INMEDIATOS (GI)	5
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL (ANTIET)	5
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (ACC)	6
SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAI)	7
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)	9
GRAVES ENFERMEDADES (GE)	11
COBERTURA CONYUGAL (CC)	17
COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS PARA DESCENDIENTES (CD)	17
DOTAL (DOTAL)	18
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: TIPO 1 Y/O TIPO 2 (IQ1, IQ2)	18
PREVISIÓN (PASE)	21
CLÁUSULAS GENERALES	24
CONTRATO	24
INICIO DEL SEGURO Y/O FECHA DE EFECTIVIDAD	24
TÉRMINO DEL SEGURO	24
VIGENCIA DEL CONTRATO	25
PAGO DE PRIMAS	25
PERIODO DE GRACIA	25
IMPROCEDENCIA DE PAGO POR LA COMISIÓN DE DELITOS (OFAC)	25
VALORES GARANTIZADOS	26
FONDO DE RESERVA	26
APLICACIÓN DEL FONDO DE RESERVA	26
RETIROS AL FONDO DE RESERVA	26
RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	26
EDAD	26
AJUSTE POR EDAD	27
PRESCRIPCIÓN	27
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	27
MONEDA	27
AJUSTE AUTOMÁTICO POR INFLACIÓN	28
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	28
COMPETENCIA	28



CARENCIA DE RESTRICCIONES	29
INMUTABILIDAD	29
INDISPUTABILIDAD	29
SUICIDIO	29
INDEMNIZACIÓN POR MORA	29
DEDUCCIONES	31
CANCELACIÓN DEL CONTRATO	31
TERMINACIÓN DEL CONTRATO	31
CESACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO	31
REHABILITACIÓN	31
COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	31
BENEFICIARIOS	31
CAMBIO DE BENEFICIARIOS	32
FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO	32
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO	32
INTERMEDIARIOS	33
RESPONSABILIDAD FISCAL	33

1. DEFINICIONES

1.1 La Compañía

Seguros **ARGOS**, S.A. de C.V.

1.2 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 **ARGOS** del pago de la Prima correspondiente. Para efectos de la póliza, el **CONTRATANTE** es el propio Asegurado Titular. En caso de que el **CONTRATANTE** sea diferente al Asegurado Titular, se hará constar esta circunstancia en la póliza.

1.3 Asegurado Titular

Es la persona física que se encuentra amparada bajo los términos de este Contrato.

1.4 Suma Asegurada

Es la cantidad total que **ARGOS** pagará a los beneficiarios designados en la póliza, al ocurrir el siniestro amparado en este Contrato.

1.5 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 contraonga.

1.6 Prima

Es la cantidad que el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular pagará a **ARGOS** por las coberturas contratadas en la póliza.

1.7 Gastos Inmediatos

Se refiere a los gastos del servicio funerario como pueden ser: traslados de cuerpo, sala de velación, entierro/cremación, etc.

2. COBERTURAS

2.1 Básica por fallecimiento (BAS)

ARGOS 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 **ARGOS**.

Los límites de admisión por edad establecidos por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 70 (setenta) años como máximo.

3. COBERTURAS ADICIONALES

LAS SIGUIENTES COBERTURAS PODRÁN SER CONTRATADAS POR EL ASEGURADO TITULAR A SU ELECCIÓN, Y GOZARÁ DE LOS BENEFICIOS ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁN INCLUIDAS.

3.1 Gastos Inmediatos (GI)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS 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 **ARGOS**.

Al fallecimiento del Asegurado Titular, **ARGOS** 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 presentada la documentación requerida.

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 70 (setenta) años como máximo.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

3.2 Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal (ANTIET)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Se considera que una Enfermedad es Terminal cuando sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para ésta tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativo, que permita una supervivencia mayor a 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

El dictamen deberá estar avalado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o bien un médico certificado en la especialidad de que se trate y podrá ser avalado por el médico dictaminador que **ARGOS** designe y que será un médico certificado en la especialidad que se trate.

En caso de que el médico dictaminador designado por **ARGOS**, no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, el mecanismo para dirimir la controversia será que las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un tercer médico independiente certificado en la especialidad que se trate cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro; los médicos independientes deberán contar con la certificación en la especialidad de que se trate la Enfermedad Terminal.

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

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

EXCLUSIONES

Este beneficio, 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 máximo el 50% de la Suma Asegurada.

Este anticipo no generará intereses o recargos de ninguna índole que afecte la Suma Asegurada restante que en su momento reciban los beneficiarios.

ARGOS 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 **ARGOS**, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

En aquellos casos con ajuste por inflación se considerará la Suma Asegurada actualizada al último aniversario al momento de la muerte.

3.3 Indemnización por Muerte Accidental (ACC)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Adicional a la Suma Asegurada Básica, **ARGOS** pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece a consecuencia de un Accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Accidente:

Se entenderá por Accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado Titular, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado Titular, según corresponda.

Límites de Admisión:

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 64 (sesenta y cuatro) años como máximo.

Exclusiones para la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental:

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá:

1. La Muerte Accidental originada por participar en las siguientes contingencias:

a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado Titular.

c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquellas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo 48 de antelación.

d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

e) Suicidio ya sea en estado de cordura o demencia.

f) Cuando la muerte ocurra mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, charrería, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación y rapel.

2. Muerte Accidental originada por envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

3. Que el fallecimiento derivado del accidente ocurra 90 (noventa) días después.

4. Aquellos casos en que el Accidente que ocasionó la muerte del Asegurado Titular, se origine debido a que el Asegurado Titular se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado Titular, al encontrarse bajo los efectos del alcohol a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor de 100 Mgr/Dl.

5. Las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado Titular.

6. Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.

7. Cuando la muerte del asegurado ocurra mientras éste haga uso de motocicletas o motonetas y otros vehículos similares de motor.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

Cancelación Automática

Estos beneficios quedarán cancelados automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, a la primera reclamación de esta cobertura o 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 65 (sesenta y cinco) años, lo que ocurra primero.

3.4 Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (SAI)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

En caso de que durante el plazo de seguro de esta cobertura, el Asegurado Titular sufra un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidentes o Enfermedades ocurridos dentro del plazo del seguro, ARGOS le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada de esta cobertura.

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; para efectos de valuación de incapacidades de tipo orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de valuación de Incapacidades permanentes.

La tabla a que se refiere el párrafo anterior, estará disponible para su consulta en la página web www.segurosargos.com, en caso de sufrir modificaciones de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo; será tomada la tabla vigente al momento de la ocurrencia del siniestro reclamado.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Enfermedades o Accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones o Pérdidas Orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

También se considerará Invalidez Total y Permanente los siguientes casos, y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo, certificado por el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula.

Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado Titular, la realización de los exámenes necesarios con médico especialista en medicina del trabajo certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, designado por **ARGOS** y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular.

En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** 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 especialista en medicina del trabajo y certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, siendo el dictamen de este 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 **ARGOS**.

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá:

- 1. El estado de Invalidez Total y Permanente que sea originado por participar en:**
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares o insurrección.**
 - b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado Titular.**
 - c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquéllas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo 48 horas de antelación.**
 - d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
 - e) Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado Titular haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**

f) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se originen debido a que el Asegurado Titular se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado Titular, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor a 100 Mgr/Dl.

g) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular ocurra mientras el Asegurado Titular se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

h) Radiaciones ionizantes.

i) Estado de Invalidez Total y Permanente originado por intento de suicidio o lesiones o Enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular (ya sea en estado de cordura o demencia).

j) Estado de Invalidez Total y Permanente derivado directamente por alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.

k) 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 Valor Garantizado.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS** a la primera reclamación de la cobertura, o 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 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.

3.5 Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EPI)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

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

Al tramitarse cualquier reclamación relacionada con el presente beneficio de Exención de Pago de Primas, **ARGOS** se reserva el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado Titular.

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; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de valuación de Incapacidades permanentes.

La tabla a que se refiere el párrafo anterior, estará disponible para su consulta en la página web www.segurosargos.com, en caso de sufrir modificaciones de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo; será tomada la tabla vigente al momento de la ocurrencia del siniestro reclamado.

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.

También se considerará Invalidez Total y Permanente los siguientes casos: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo certificado por el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula.

Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado Titular, la realización de los exámenes clínicos o médicos y/o gabinete necesarios con médico especialista en medicina del trabajo, certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, designado por **ARGOS** y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular. En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** 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 especialista en medicina del trabajo y certificado ante el Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo con cédula profesional vigente, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 55 (cincuenta y cinco) años como máximo, renovándose automáticamente hasta los 59 (cincuenta y nueve) años.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá:

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

a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo, alborotos populares o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado Titular.

c) Aviación privada en vuelos no regulares, entendiéndose por tal a la utilizada para usos comerciales diferentes al servicio al público o para el transporte particular sin fines de lucro, aquéllas cuyo fin expreso sea la experimentación, acrobacia y exhibición, vuelos no regulares, como aquel vuelo que no está sujeto a itinerarios, ni frecuencias de vuelos ni horarios, previamente establecidos con mínimo 48 horas de antelación.

d) La participación directa del Asegurado Titular en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.

e) Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado Titular haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

f) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se originen debido a que el Asegurado Titular se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que

se originen por culpa grave del Asegurado Titular, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado Titular era menor a 100 Mgr/DI.

g) Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular ocurra mientras el Asegurado Titular se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

h) Radiaciones ionizantes.

i) Estado de Invalidez Total y Permanente originado por intento de suicidio o lesiones o Enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado Titular (ya sea en estado de cordura o demencia).

j) Estado de Invalidez Total y Permanente derivado directamente por alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.

k) 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 Valor Garantizado.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de ARGOS a la primera reclamación de la cobertura, o 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 60 (sesenta) años, lo que ocurra primero.

3.6 Graves Enfermedades (GE)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura por única vez en caso de que al Asegurado Titular se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo a las definiciones que más adelante se establecen.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la ocurrencia de la Grave Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido 90 (días) naturales, excepto para Cáncer en cuyo caso será de 180 (días) naturales, a partir de la contratación de dicha cobertura.

Se entenderá por Grave Enfermedad cualesquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa certificación médica) por primera y única vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Cáncer

Tumor maligno caracterizado por crecimiento y propagación incontrolable de células malignas que invaden y destruyen el tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado por un oncólogo o patólogo certificados a través de los estudios histopatológicos correspondientes.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

1. Tumores con cambios malignos catalogados como carcinomas in situ o tumores que en el estudio histopatológico sean descritos como pre-malignos o no invasivos, incluidos pero no limitados a:

a) Carcinoma de mama in situ

b) Displasias cervicales (NIC I, NIC II ó NIC III)

c) Hiperqueratosis

d) Cáncer de la piel de células basales o de células escamosas, o melanomas con grosor de Breslow menor a 1.5 mm o nivel de Clark menor a 3 (a menos que haya evidencia de metástasis)

e) Cáncer de próstata en estadio T1 a ó T1 b ó cáncer de próstata en estadios equivalentes de otras clasificaciones

f) Micro-Carcinoma papilar de tiroides en estadio T1NOMO, menor de 1 cm de diámetro

g) Carcinoma papilar no invasivo de vejiga o tumor no papilar “plano” difuso de vejiga

h) Leucemia linfocítica crónica en un estadio menor a 111 del sistema RAI

2. Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos

- Estudio histopatológico que confirme la presencia de cáncer
- Informe del oncólogo que especifique el estado del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y pormenores de cáncer.
- Resultados de los estudios de estadificación (radiografías, tomografías, etc.)

b) Infarto agudo de miocardio

Muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe ser establecido por un médico certificado y debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación significativa de las troponinas cardiacas
- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda
- Cambios nuevos en el ECG compatibles con infarto o aparición de un nuevo BRIHH

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

a) Angina de pecho estable o inestable

b) Angina variante o de Prinzmetal

c) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe pormenorizado del médico tratante que especifique detalles de la evolución clínica
- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear, etc.)

c) Accidente Vascular Cerebral (AVC)

Tipo de enfermedad cerebrovascular que afecta los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro y que produce un déficit neurológico permanente. El accidente cerebrovascular incluye el infarto cerebral agudo, la hemorragia cerebral o subaracnoidea, el embolismo cerebral y la trombosis cerebral. El diagnóstico debe estar apoyado en todas las condiciones siguientes:

- Evidencia de un déficit neurológico permanente confirmado por un neurólogo al menos 6 semanas después del evento
- Nuevos cambios en una tomografía computada (TAC) o en una resonancia magnética (RMN) cerebral compatibles con accidente cerebrovascular agudo

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

a) Ataque isquémico transitorio

b) Daño cerebral o cerebrovascular debido a accidente, traumatismo, infecciones, vasculitis o enfermedades inflamatorias

c) Trastornos isquémicos del sistema vestibular

d) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe del médico que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular
- TAC o RM compatibles con accidentes cerebrovascular agudo

d) Insuficiencia Renal

Etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

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

b) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias, etc.)

e) Cirugía de revascularización coronaria (Bypass coronario)

Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Es necesario que exista demostración angiográfica de obstrucción coronaria significativa y el procedimiento quirúrgico debe ser considerado como medicamento necesario por un cardiólogo.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

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

b) Revascularización con láser

c) Técnicas quirúrgicas que no requieran la apertura del tórax u otras cirugías cardíacas que no sean específicamente una cirugía de bypass coronario

d) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe del procedimiento quirúrgico
- Informe de la angiografía coronaria previa a la cirugía

f) Cirugía de válvulas cardíacas

Primera ocurrencia de una cirugía de válvulas cardíacas (endoscópica o a corazón abierto) realizada para substituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos que no puedan ser reparados con procedimientos intravasculares. La cirugía debe llevarse a cabo por recomendación de un cardiólogo.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

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

b) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe quirúrgico
- Resultado de los estudios de gabinete (ecocardiograma, RM, etc) que demuestren los defectos valvulares

g) Cirugía de la aorta

Cirugía abierta de la aorta torácica o abdominal, con resección de algún segmento del vaso, a menudo con colocación de un injerto. Incluye coartectomía para tratamiento de coartación de aorta, resección de aneurismas o tratamiento quirúrgico de la disección aórtica.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

a) Cualquier procedimiento intra-arterial con base en catéteres, como colocación de stents o reparación endovascular

b) Cirugía en ramas de la aorta

c) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe quirúrgico.
- Informe de los estudios de imagen (angiografía, TAC o RM) de la aorta.

h) Esclerosis múltiple

Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, establecido por un médico neurólogo. Debe haber síntomas clínicos de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal y alteraciones de la función motora o sensorial, así como hallazgos típicos de desmielinización en los estudios de resonancia magnética.

Para comprobar el diagnóstico el Asegurado debe mostrar anomalías neurológicas persistentes por un período mínimo de 6 (seis) meses o haber presentado por lo menos 2 (dos) episodios clínicamente documentados con un intervalo mínimo de un mes entre ellos, o un episodio clínicamente documentado junto con manifestaciones características en el líquido cerebroespinal / cefalorraquídeo, así como lesiones cerebrales específicas detectadas en la resonancia magnética.

Exclusiones:

a) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe clínico pormenorizado del médico tratante sobre la condición.
- Resultados de los estudios diagnósticos practicados (RM, examen del líquido cerebroespinal, potenciales evocados, etc.)

i) Trasplante de órganos

Se cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los órganos mencionados a continuación:
a) Corazón b) Pulmón c) Hígado d) Riñón e) Páncreas

El trasplante debe ser médicamente necesario con base en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

a) Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células

b) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe pormenorizado sobre el trasplante
- Estudios confirmatorios de laboratorio y/o de gabinete que proporcionen confirmación objetiva del deterioro crónico e irreversible de la función del órgano reemplazado
- La definición no ampara al donador de un órgano

j) Pérdida de la audición o sordera

Pérdida irreversible, total o profunda, de la audición en ambos oídos, causada por accidente o enfermedad. El diagnóstico debe ser hecho por un otorrinolaringólogo y evidenciado mediante exámenes auditivos específicos (audiograma, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, registro de emisiones oto-acústicas), que demuestren el cumplimiento de los siguientes criterios:

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

Exclusiones:

La cobertura no se pagará en los siguientes casos:

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

b) Bajo la presencia o a consecuencia de SARS-CoV-2 conocido como Covid-19 y/o complicaciones de la aplicación de cualquier vacuna

Requisitos:

- Informe del otorrinolaringólogo
- Pruebas específicas demostrativas de la condición (audiograma, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, registro de emisiones oto-acústicas)

Certificación Médica

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS**, éste deberá estar autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de cualquiera de las Graves Enfermedades anteriormente mencionadas. En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** no ratifique el dictamen de la Grave Enfermedad, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador del médico dictaminador que **ARGOS** designe.

En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, este podrá designar a un tercero mediante documento que le acredite como apoderado o representante

legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; en caso de la muerte del Asegurado se pagará la indemnización por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado haya designado en la póliza.

Esta cobertura terminará en los siguientes casos: a) Cancelación de esta cobertura o rescate de la cobertura básica b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura c) La muerte del Asegurado Titular d) Al término del plazo del seguro.

Límites de edad

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son 18 (dieciocho) años como mínimo y 64 (sesenta y cuatro) años como máximo.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de ARGOS, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 65 (sesenta y cinco) años.

3.7 Cobertura Conyugal (CC)

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA

ARGOS pagará al Asegurado Titular, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura si el Cónyuge Asegurado fallece dentro de la vigencia de la misma. Si el Cónyuge Asegurado sobrevive al término del plazo de la cobertura, la protección terminará sin obligación para **ARGOS**.

Se entiende por Cónyuge Asegurado, al cónyuge o concubino(a) del Asegurado Titular que sea declarado expresamente en la solicitud.

En caso de fallecimiento simultáneo del Asegurado Titular y del Cónyuge Asegurado, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura se pagará a los beneficiarios estipulados en el Contrato de seguro en la misma proporción establecida para la Suma Asegurada básica.

A partir del fallecimiento del Asegurado Titular, la protección de esta cobertura terminará sin obligación alguna para **ARGOS**. Los límites de admisión fijados por **ARGOS** para el Cónyuge Asegurado son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 70 (setenta) años como máximo.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

3.8 Cobertura de Gastos Funerarios para Descendientes (CD)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS pagará al Asegurado Titular, los Gastos Funerarios amparados en esta cobertura si alguno de los hijos Asegurados fallece, reinstalándose automáticamente la cobertura por Gastos Funerarios para amparar a los hijos Asegurados sobrevivientes.

La Suma Asegurada de esta cobertura en el caso de menores de 12 (doce) años, no podrá ser superior a 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo General Vigente en el Área Geográfica Única del país, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos. Se entiende por hijos Asegurados a los hijos del Asegurado Titular nacidos antes de la firma de la solicitud y/o que sean declarados expresamente en la misma.

Los hijos del Asegurado Titular que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán asegurados a partir de los 30 (treinta) días posteriores a la fecha de su nacimiento y hasta el término del plazo de la cobertura, siempre y cuando el Asegurado Titular comunique por escrito a **ARGOS** los nacimientos ocurridos, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de

nacimiento.

Cuando el menor de edad tenga 12 (doce) años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal.

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** para el Asegurado Titular son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 70 (setenta) años como máximo.

Cancelación Automática

La cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Para todos los hijos, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular
- b) Para cada hijo, al aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el hijo cumpla la edad de 24 (veinticuatro) años

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

3.9 Dotal (Dotal)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

La Compañía pagará al Asegurado Titular, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El Asegurado Titular se encuentre con vida al final del plazo
- b. El Asegurado Titular haya cumplido cabalmente con sus obligaciones del pago de prima durante toda la vigencia de la póliza
- c. El Asegurado Titular no haya sufrido un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidentes o Enfermedades ocurridos dentro del plazo del seguro.

Esta Cobertura no otorga derecho a Valor Garantizado.

3.10 Intervenciones Quirúrgicas: Tipo 1 y/o Tipo 2 (IQ1, IQ2)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS se obliga durante la vigencia de la póliza a cubrir la indemnización correspondiente señalada en la póliza al Asegurado Titular que sufra de uno de los eventos que se señalan (Evento Cubierto) de conformidad con las siguientes definiciones y lineamientos:

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 y/o las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2, siempre y cuando ambas se encuentren incluidas en las definiciones respectivas y no correspondan a las exclusiones.

Intervenciones Quirúrgicas

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean regionales o generales.

Intervención Quirúrgica Tipo 1

ESTA COBERTURA OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA.

Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 1 aquellas en las que se abran las siguientes cavidades: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.

Para las intervenciones quirúrgicas siguientes aplicará un periodo de espera de 270 días.

- a) Cirugías de hernias de cualquier tipo
- b) Cirugías de vesícula biliar

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional, y que los signos o síntomas derivados del padecimiento inicien posterior al periodo de espera.

Intervención Quirúrgica Tipo 2

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA.

Se entenderá como Intervención Quirúrgica tipo 2 aquellas que no cumplan con la definición anterior y por lo tanto no puedan catalogarse como Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional, y que los signos o síntomas derivados del padecimiento inicien posterior al periodo de espera.

Comprobación Médica del Evento

Se requerirá como comprobación médica de Intervenciones Quirúrgicas para comprobar la ocurrencia la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
- Carta comprobatoria en original y con papel membretado y sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
- Informe médico del cirujano (formato de Seguros **ARGOS**), acompañado de historia clínica completa con firma autógrafa del médico tratante y sello de la Institución donde fue atendido.
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado Titular (formato **ARGOS**).

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador de **ARGOS**.

En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista en la materia que se trate independiente, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico especialista en la materia que se trate independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **ARGOS**.

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

En caso de eventos simultáneos durante un mismo año de vigencia, dicha cobertura se pagará en una sola ocasión y la cobertura quedará cancelada para ese año, reinstalándose la Suma Asegurada al siguiente aniversario o renovación de la póliza, pudiendo cubrir como máximo 3 eventos durante la vida de la póliza.

Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado Titular requiere más de una intervención quirúrgica, los dos tipos de eventos son excluyentes entre sí, por lo que en un determinado caso y para efectos de indemnización, sólo se pagará la correspondiente a una de ellas, la de Suma Asegurada mayor.

Edad

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son 15 (quince) años como mínimo y 64 (sesenta y cuatro)

como máximo, cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado(a) Titular sea de 65 (sesenta y cinco) años.

EXCLUSIONES

La cobertura de Intervención Quirúrgica por Evento Cubierto en cualquiera de sus tipos no se cubrirá en los siguientes casos:

1. Toda intervención quirúrgica relacionada con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

2. Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos, entendiéndose por defecto congénito la alteración del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante la gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente. El conjunto de alteraciones o malformaciones congénitas que se originaron durante la gestación, será considerado como un solo evento.

3. Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.

4. Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de:

a) Un accidente automovilístico que pueda ser plenamente comprobado con documentación oficial de aseguradoras y/o autoridades en la que queden claramente consignadas las lesiones.

b) Un accidente de trabajo tipificado como tal por las autoridades en dicha materia y que sea plenamente comprobable su ocurrencia y las lesiones sufridas.

5. Toda intervención quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.

6. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.

7. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.

8. Tumores y cáncer en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ”, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.

9. Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa.

10. Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud o biopsia diagnosticada.

11. Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:

a) Práctica profesional de cualquier deporte.

b) Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado Titular

c) Participación del Asegurado Titular en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.

d) Intento de suicidio o auto lesión.

e) Consumo de drogas de cualquier tipo excepto si fueron prescritas por un médico o bajo la influencia del alcohol por culpa grave del Asegurado.

f) Estados de depresión o enajenación mental.

12. Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza.

13. Todas las incisiones no en “cavidades” (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm. en padecimientos benignos.

14. Toda intervención por padecimientos de tipo dental, alveolar y gingival.

15. Tumores benignos de piel, tejido subcutáneo y adiposo.

3.11 Previsión (PASE)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Esta cobertura consiste en la compra de una renta diferida. Durante el Período de Diferimiento (el cual se define más adelante) y a partir de la fecha de efectividad de esta póliza el Asegurado Titular podrá disponer en forma total o parcial del Fondo constituido por sus aportaciones e intereses. Transcurrido el Período de Diferimiento, **ARGOS** 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 Período 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 póliza. 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 estará en función de la edad en la que el Asegurado Titular opte por recibir la renta a edad 60, 65 o 90 años.

El Periodo de Diferimiento podrá extenderse previa solicitud por escrito del Asegurado Titular a **ARGOS**.

Inicio de Liquidación del Beneficio

Es la fecha a partir de la cual se iniciará el pago de rentas de acuerdo con lo estipulado en la Forma de Liquidación de la Cobertura.

En caso de que llegada la fecha de Inicio de Liquidación, el Asegurado Titular no solicite a **ARGOS** el pago del importe correspondiente de 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 **ARGOS** el pago de los intereses moratorios.

Forma de Liquidación de la Cobertura

Una vez terminado el Período de Diferimiento, el Asegurado Titular tendrá derecho a una renta mensual vitalicia con Período de Garantía de 10 (diez) 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 con 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 período de Liquidación de la Cobertura y antes de que se cumplan los 10 (diez) años de renta garantizada, **ARGOS** pagará a los beneficiarios designados en la póliza las rentas mensuales que faltaren para cubrir el Período de Garantía de 10 (diez) años. Estas cantidades serán cubiertas en la misma forma y periodicidad con la que se venían pagando al Asegurado Titular. Una vez terminado el Período de Garantía de 10 (diez) años, termina toda obligación de **ARGOS** con respecto a los beneficiarios.

Otras Formas de Liquidación

Una vez que dé inicio la Liquidación de la Cobertura 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 de la Cobertura, eligiendo el Asegurado Titular entre las siguientes:

a) Renta Vitalicia sin Período de Garantía: Una renta anual o mensual que se iniciará en la fecha de término del Período de Diferimiento y continuará durante la vida del Asegurado Titular, terminándose toda obligación de **ARGOS** 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 el monto total del Fondo constituido hasta el vencimiento del Período de Diferimiento, terminándose toda obligación de **ARGOS** al efectuar dicho Pago Único.

Fondo

El Fondo durante el Período de Diferimiento, estará constituido por:

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

Las aportaciones adicionales podrán ser realizadas por cualquier medio válido habilitado por **ARGOS** para este efecto.

EXCLUSIONES:

- a) Los rescates parciales que sobre el Fondo se efectúen.
- b) Otros cargos al Fondo que podrán efectuarse por aportación, rescates, administración y en su caso por el pago de la Prima de las Coberturas Adicionales a la de previsión que en su caso estén contratadas.

La Prima y las aportaciones adicionales serán invertidas por **ARGOS** 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 ARGOS 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 un escrito dirigido a **ARGOS**. No obstante, el **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular podrán girar sus instrucciones a **ARGOS**, mediante el uso del Centro de Atención a Clientes que **ARGOS** tiene establecido para tal fin o a través de Internet en la página Web de **ARGOS**.

ARGOS presentará en forma gratuita al **CONTRATANTE** y/o Asegurado Titular el servicio de consulta y operaciones a través de su Centro de Atención 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/o el Asegurado Titular deberán proporcionar a **ARGOS** 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/o Asegurado Titular un número de identificación único. El uso y confidencialidad del número de identificación asignado al **CONTRATANTE** y/o al Asegurado Titular, son responsabilidad de cada uno de ellos.

Las llamadas que **ARGOS** reciba en su Centro de Atención 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 Asegurado Titular hubieran girado sus instrucciones por escrito.

La información e instrucciones que el **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular transmitan a **ARGOS** mediante el Centro de Servicio a Clientes e Internet, tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal para acreditar las operaciones realizadas.

Pago Automático de Primas Contra Fondo

Si el **CONTRATANTE** deja de pagar alguna Prima, el Contrato no cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia para el pago de Primas; siempre y cuando el importe que tenga acumulado en su Fondo alcance a cubrir el importe de la Prima vencida.

En caso de haberse contratado la Cobertura de Previsión y sin necesidad de previa solicitud del **CONTRATANTE**, **ARGOS** realizará la aplicación del importe del pago de la Prima vencida, hasta por el total del saldo positivo que disponga la póliza.

Para la aplicación de esta cláusula, primero se considerará el importe que exista en el Fondo que tenga disponible en su póliza el **CONTRATANTE**, si éste es suficiente para pagar la Prima vencida se disminuirá el saldo del Fondo.

En caso de que el valor disponible para aplicar no sea suficiente para cubrir la Prima vencida, el Contrato cesará en sus efectos en forma automática por agotamiento de reserva, sin que se requiera declaración alguna por parte de **ARGOS**.

Disposiciones Fiscales

Todas las Formas de Liquidación de la Cobertura, 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

ARGOS proporcionará al **CONTRATANTE** y/o el Asegurado Titular, por lo menos una vez cada 3 meses, un estado de cuenta que contendrá la siguiente información:

- a) Fondo o saldo anterior al aniversario inmediato anterior
- b) Rescates o retiros efectuados por el Asegurado Titular, en el período
- c) Intereses acreditados o intereses generados por la inversión del Fondo
- d) Aportaciones efectuadas por el Asegurado Titular
- e) Fondo o saldo al aniversario actual

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

Rescates Parciales o Totales

El Asegurado Titular podrá realizar en cualquier momento durante el Período de Diferimiento, rescates parciales o totales sobre el Fondo, previa solicitud a **ARGOS**, aplicándose los cargos correspondientes sobre los mismos, así como las retenciones que en su caso tenga que efectuar **ARGOS** de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes en esa fecha.

En caso de haberse efectuado rescates parciales, la renta originalmente contratada será modificada tomando en cuenta dichos movimientos.

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 Período de Diferimiento, **ARGOS** entregará a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular el Fondo constituido hasta ese momento.

a.2) Si el fallecimiento ocurre dentro del período 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 esta 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**.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1 Contrato

ARGOS se obliga en los términos de este 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 **ARGOS** y el **CONTRATANTE**, que solo 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.

4.2 Inicio del Seguro y/o Fecha de Efectividad

Será la fecha a partir de la cual entrará en vigor cada una de las coberturas contratadas por el Asegurado Titular, las cuales se señalan en la carátula de la póliza.

4.3 Término del Seguro

Será la fecha en la cual concluye la protección de la póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

4.4 Vigencia del Contrato

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la fecha de Inicio del Seguro y la fecha de Término del Seguro, estipuladas en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

4.5 Pago de Primas

El importe de la Prima vence en el momento de la celebración del Contrato, no obstante el **CONTRATANTE** puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el **CONTRATANTE** y **ARGOS** en la fecha de la celebración del Contrato.

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.

El Asegurado debe pagar la prima anual de cada beneficio contratada a partir de la fecha de inicio de vigencia y en los plazos de pago estipulados. El monto de prima que se estipula en la carátula de la póliza es suficiente para garantizar las Sumas Aseguradas de los beneficios amparados en la carátula de póliza, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del Asegurado.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, el monto de la prima estipulada se pagará con la periodicidad convenida, en las oficinas de **ARGOS**, a cambio del recibo correspondiente. El Contrato de Seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de Prima o de la fracción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de primas será prueba suficiente del pago de la misma. En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dichas facilidades de pago, el Asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a **ARGOS**, quién expedirá el recibo correspondiente que ampare el pago de la prima de la Póliza.

4.6 Periodo de Gracia

El **CONTRATANTE** gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha de vigencia de cada recibo, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato, en caso de no ser pagada la prima o la fracción de ella en términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesarán los efectos del presente contrato.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 (treinta) días del período de gracia, **ARGOS** deducirá, de la indemnización a que tenga derecho el beneficiario preferente, la prima total correspondiente a dicho período. Se transcribe el Artículo 40 mencionado para mayor referencia.

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

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

4.7 Improcedencia de Pago por la comisión de Delitos (OFAC)

Se tomarán medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación a cualquier especie para la comisión de delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo código.

4.8 Valores Garantizados

El valor de rescate en todo momento corresponderá al saldo del Fondo menos los cargos correspondientes al momento de efectuarse la cancelación de la póliza y será el equivalente al saldo del Fondo al momento de la cancelación menos las penalizaciones correspondientes, las cuales dependerán del año en el cual se solicite la cancelación de la póliza; es decir, se considerará la fecha de antigüedad, edad del Asegurado Titular al momento de emisión y género.

4.9 Fondo de Reserva

El pago de la Prima que se reciba, incluidos las de Coberturas Adicionales que se contraten, menos el costo del seguro, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará Fondo de Reserva. Asimismo, este Fondo de Reserva se incrementará con los intereses acreditables que se obtengan por su inversión.

4.10 Aplicación del Fondo de Reserva

La reserva de esta póliza se invertirá en un Fondo constituido por los instrumentos de inversión de conformidad con lo establecido en las reglas para la inversión de las reservas técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El Fondo de Reserva constituido, incluyendo el rendimiento por inversión logrado por este plan, se aplicará como importe adicional a la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, es decir que la indemnización que se pague a los beneficiarios será el importe de la Suma Asegurada que se indique en la carátula de la póliza más el importe del Fondo de Reserva.

4.11 Retiros al Fondo de Reserva

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el Asegurado Titular podrá solicitar:

- a) Retiro total, lo que implica la cancelación del Contrato en su totalidad a partir de la fecha en que este se solicite, o
- b) Retiro parcial, sujeto a la suficiencia existente del Fondo de Reserva, lo que afectará la duración del Contrato.

Cualquiera que elija el Asegurado Titular, **ARGOS** deducirá el importe de los gastos en que hubiere incurrido, esto será de la liquidación que corresponda, sea total o parcial.

4.12 Renovación Automática

Al término de este contrato, este seguro podrá ser renovado automáticamente únicamente en cuanto a su vigencia a petición del Asegurado Titular por el mismo plazo de seguro que venía disfrutando, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales. En su caso, la prima se ajustará y aplicará de acuerdo a la tarifa vigente y considerando la edad alcanzada por el Asegurado Titular a la fecha de renovación.

Por cuanto hace a la otorgación de beneficios adicionales, la renovación estará sujeta a que el Asegurado Titular se encuentre dentro del rango de edad límite; establecidos por ARGOS en las presentes Condiciones Generales.

La renovación otorgará derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado Titular, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado Titular

En caso de manifestar el Asegurado Titular su deseo de renovar la presente póliza, ARGOS notificará al Asegurado los términos y condiciones sobre los cuales se realiza su renovación en los siguientes 30 días a la fecha de la solicitud.

4.13 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 **ARGOS** 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.

Los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 70 (setenta) como máximo aplicarán exclusivamente para la cobertura denominada Básica por Fallecimiento.

4.14 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: **ARGOS** 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 posteriores se deducirán de acuerdo a la edad real del Asegurado Titular.

b) Mayor que la declarada: La obligación de **ARGOS** 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: **ARGOS** 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, dentro de los 30 días siguientes a la rescisión del contrato.

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: **ARGOS** 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: **ARGOS** considerará rescindido el Contrato, devolviendo a los beneficiarios la reserva matemática existente en la fecha de rescisión, en la misma proporción que se estableció para la Suma Asegurada básica, dentro de los 30 días siguientes a la rescisión del contrato.

4.15 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de la Póliza de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento y de 2 (dos) años en las demás coberturas; en todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, lo anterior en 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 interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también 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 **ARGOS**.

4.16 Omisiones o Declaraciones Inexactas

El **CONTRATANTE** y el Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a **ARGOS**, 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 **ARGOS** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4.17 Moneda

Los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del **CONTRATANTE** o **ARGOS**, podrán efectuarse:

1. En Moneda Nacional o
2. Indexarse al INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor)

Dicha circunstancia deberá constar en la carátula de la Póliza.

4.18 Ajuste Automático por Inflación

En caso de que la Suma Asegurada Básica y la Prima del presente contrato estén indizadas al INPC, estas se actualizarán cada año considerando los índices en el periodo de los últimos 12 meses anteriores.

Esto es, la Suma Asegurada Básica y la Prima, se actualizarán en cada aniversario de la Póliza de acuerdo con el incremento

en el Índice Nacional de Precios al Consumidor, publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Se considerarán los índices comprendidos en el periodo de los últimos 12 meses anteriores a la actualización.

En caso de que ocurra el riesgo amparado en la carátula de la Póliza, se considerará la Suma Asegurada actualizada al aniversario inmediato anterior.

Si la publicación del Índice Nacional de Precios al Consumidor es discontinuada, aplazada, o si por otra causa no es disponible para este uso, se tomarán como base los índices que con carácter general se den a conocer por las autoridades correspondientes.

4.19 Modificaciones y Notificaciones

Las modificaciones a este Contrato se harán previo acuerdo entre **ARGOS** 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 cualquier otra persona no autorizada expresamente por **ARGOS**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a **ARGOS** deberá realizarse por escrito y dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza, los requerimientos y comunicaciones que **ARGOS** deba hacer al Asegurado Titular o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca **ARGOS**.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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.

4.20 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **ARGOS** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de **ARGOS** a satisfacer las prestaciones reclamadas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía: Titular: Mario Alfredo Troncoso López, Correo electrónico mtroncoso@segurosargos.com, Teléfono: 1500 1604, Suplente: Dunia Muñiz Rodríguez, Teléfono: 1500 6326, Correo electrónico dmuniz@segurosargos.com, Dirección: Tecoyotitla número 412, colonia Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac. C.P. 01050, Ciudad de México. Datos CONDUSEF: Teléfono: (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80, Dirección: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 Página WEB: www.condusef.gob.mx, E-mail: asesoria@condusef.gob.mx

4.21 Carencia de Restricciones

Este Contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado Titular, posteriores a la contratación de la póliza.

4.22 Inmutabilidad

Mientras esta póliza esté en vigor, **ARGOS** no podrá modificar las Primas ni los Valores Garantizados en ella establecidos,

salvo que exista modificación de la Suma Asegurada contratada, salvo lo dispuesto en la garantía de renovación.

4.23 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 2 (dos) años 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 **ARGOS** 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 2 (dos) años 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.

Se excluye de esta cláusula cualquier omisión o inexacta declaración que el **CONTRATANTE** o el Asegurado Titular hagan a **ARGOS** respecto al cáncer que el Asegurado Titular pueda sufrir antes de la contratación de la póliza, es decir, que el Contrato de seguro podrá rescindirse en términos del artículo 47 de la ley Sobre el Contrato de Seguro, aún cuando dicha Enfermedad no sea la causa que origine la muerte del Asegurado Titular, siempre y cuando el cáncer que sufra el Asegurado Titular se haya diagnosticado antes de la contratación de la póliza.

4.24 Suicidio

ARGOS estará obligada al pago de la Suma Asegurada, en caso de suicidio del Asegurado Titular, si éste ocurre después de 2 (dos) años de estar en vigor este Contrato o su última rehabilitación, en el caso de que ocurra dentro de los 2 (dos) primeros años, la obligación de **ARGOS** se limitará a cubrir el importe del fondo de reserva.

4.25 Indemnización por Mora

En caso de que **ARGOS**, 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, de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora; dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel que se haga exigible la obligación, artículo el cual se transcribe para mayor referencia.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por

el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

4.26 Deducciones

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

4.27 Cancelación del Contrato

El asegurado/contratante podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro, bastando para ello la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de la institución o por cualquier tecnología o medio escrito disponible, y posterior a ello se le proporcionará un acuse de recibo con lo que quedará cancelado el contrato.

4.28 Terminación del Contrato

El Contrato terminará sin obligación posterior para **ARGOS**, con la Forma de Liquidación del Beneficio procedente o por expiración del plazo del seguro.

4.29 Cesación Automática del Contrato

El Contrato de Seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de Prima o de la fracción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.30 Rehabilitación

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos: a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que **ARGOS** tiene expresamente para este fin. b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidas por **ARGOS**, a la fecha de la solicitud de rehabilitación. c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía. El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

4.31 Comprobación del Siniestro

ARGOS 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.

4.32 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 solo 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 renuncia 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.

4.33 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 **ARGOS**, indicando el nombre del nuevo beneficiario, en caso de que la notificación no se reciba oportunamente, **ARGOS** 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 **ARGOS**.

4.34 Forma de Liquidación del Beneficio

a) **ARGOS** realizará el pago correspondiente al Asegurado Titular según sea el caso y la cobertura señalada en la carátula de la póliza.

b) **ARGOS** 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 **ARGOS** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

ARGOS garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de aquél 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 días de Salario Mínimo General Vigente en el Área Geográfica Única del país, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, **ARGOS** 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 días de Salario Mínimo General Vigente en el Área Geográfica Única del país, emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, 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.

4.35 Documentación a Presentar en caso de Siniestro

ARGOS solicitará al Asegurado Titular o beneficiario los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro y la identidad de quien reclama el pago, siendo entre otros los siguientes:

- Formato de Reclamación Persona Física
- Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil
- Copia fotostática del Acta de Nacimiento del Asegurado Titular, si existiera o si la tuviera
- Copia fotostática del Acta de Matrimonio. En caso de que la esposa(o) sea el beneficiario, o bien,
- Comprobante de Concubinato ante autoridad judicial competente
- Copia fotostática del Acta de Nacimiento de los beneficiarios. En caso de que alguno de ellos hubiese fallecido presentar Acta de Defunción en original o copia Certificada
- Copia fotostática de Identificación Oficial vigente del Asegurado Titular, en caso de que la tuviese
- Copia fotostática de Identificación Oficial vigente de los beneficiarios mayores de edad
- Si el domicilio de la identificación es diferente al formato de reclamación se requiere de la copia del comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses
- Carátula de póliza original, si se encontrara en poder del Beneficiario
- Historia Clínica completa
- RFC con homoclave la cual se deberá indicar en el formato de reclamación o en su defecto anexar CIF
- En caso de Muerte Accidental: Actuaciones del Ministerio Público completas

4.36 Intermediarios

Durante la vigencia de la póliza, el **CONTRATANTE** podrá solicitar por escrito a **ARGOS**, le informe sobre 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. **ARGOS** proporcionará dicha información por escrito o por medios

DERECHOS COMO CONTRATANTE ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO?

Cuando se contrata un Seguro de Vida, es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu Seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

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

Es muy fácil...

Como Contratante tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- Solicitar al Intermediario que te ofrece el Seguro la identificación que los 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. Éste se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- 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 lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.segurosargos.com, o en cualquiera de nuestras oficinas.

En caso de que ocurra el siniestro tienes derecho a:

- Recibir el pago de la Suma Asegurada contratada en tu Póliza siempre y cuando suceda dentro del periodo de gracia para el pago de la Prima.
 - Cobrar una indemnización por mora a la Aseguradora, en caso de retraso en el pago de la Suma Asegurada.
 - En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la Aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.
- Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.
- Conocer a través de la CONDUSEF, si se es Beneficiario de una Póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y su Área Metropolitana el (55) 20.00.17.00 y desde el Interior de la República el 800.265.20.20

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México, México; con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 15:00 horas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 17 de Marzo de 2022 con el número CNSF-S0060-0372-2021.

Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0372-2021/CONDUSEF-005036-04 con fecha 17/03/2021.

*Usted puede consultar las Condiciones Generales de su Póliza de Seguro en nuestra página web www.segurosargos.com



Asistencia Argos
800 5060102

Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de
Guadalupe Chimalistac,
Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050
Tel. (55)20.00.17.00
800.265.2020

www.segurosargos.com



Seguros Argos Oficial



@Seguros_Argos