

MAGISTRAL VIDA 20

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑÍA	4
CONTRATANTE	4
ASEGURADO TITULAR	4
SUMA ASEGURADA	4
ENDOSO	4
PRIMA	

II. COBERTURAS BÁSICAS

PROTECCIÓN BÁSICA	4
GASTOS INMEDIATOS (GI)	4
RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS (RPP)	5
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL	5
PORCENTAJE PARA PAGO ANTICIPADO	5
RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS POR ENFERMEDAD TERMINAL	5

III. COBERTURAS ADICIONALES

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA)	6
PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y MUERTE ACCIDENTAL (POMA)	7
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVO	8
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)	9
COBERTURA ESPECIAL DE GASTOS FUNERARIOS PARA DESCENDIENTES	10
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAI)	10
BENEFICIO ADICIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES (GE)	13
GARANTÍA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	

IV. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO	13
INICIO DEL SEGURO	14
PAGO DE PRIMAS	15
VALORES GARANTIZADOS	15
PERIODICIDAD	15
FONDO DE RESERVA	15
APLICACIÓN DEL FONDO DE RESERVA	15
RETIROS AL FONDO DE RESERVA	15
ESTADOS DE CUENTA	15
EDAD	15
AJUSTE POR EDAD	16
PRESCRIPCIÓN	16
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	16
MONEDA	17
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	17

**Registrado en la CONDUSEF con el número
CNSF-S0060-0689-2012/CONDUSEF-000301-01 con fecha 07/02/2017**

COMPETENCIA	17
CARENCIA DE RESTRICCIONES	17
INMUTABILIDAD	17
INDISPUTABILIDAD	18
SUICIDIO	18
INDEMNIZACIÓN POR MORA	18
DEDUCCIONES	18
TERMINACIÓN DEL CONTRATO	18
CESACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO	18
COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	18
BENEFICIARIOS	18
CAMBIO DE BENEFICIARIOS	19
FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO	19
INTERMEDIARIOS	19
ENDOSOS	20
RESPONSABILIDAD FISCAL	20

**Registrado en la CONDUSEF con el número
CNSF-S0060-0689-2012/CONDUSEF-000301-01 con fecha 07/02/2017**

I. DEFINICIONES

LA COMPAÑÍA

Seguros Argos, S.A. de C.V.

CONTRATANTE

Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración de este contrato para sí o para terceras personas y es responsable ante **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.

ASEGURADO TITULAR

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

SUMA ASEGURADA

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

ENDOSO

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

PRIMA

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

II. COBERTURAS BÁSICAS

PROTECCIÓN BÁSICA

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece durante el plazo del seguro. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para **LA COMPAÑÍA** sin embargo como beneficio adicional será renovado a petición del Asegurado, por el mismo plazo de seguro que venía disfrutando, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales.

GASTOS INMEDIATOS (GI)

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando esté incluida en la carátula de la póliza.

LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece durante el plazo del seguro.

Al fallecimiento del Asegurado, **LA COMPAÑÍA** realizará el pago de la Suma Asegurada por Gastos Inmediatos, a los beneficiarios designados en la póliza, en un plazo no mayor a 24 horas en días hábiles, una vez presentada la documentación requerida, salvo restricción legal en contrario.

Esta Suma Asegurada se duplicará en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia directa de un accidente y el fallecimiento ocurra dentro del plazo de 90 días después de ocurrido el accidente, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Muerte Accidental y esté incluida en la carátula de la póliza.

Esta Suma Asegurada se triplicará en caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia directa de un accidente colectivo de acuerdo a la definición detallada en la cláusula Doble Indemnización por Muerte Accidental y el fallecimiento ocurra dentro del plazo de 90 días después de ocurrido el accidente, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Muerte Accidental Colectiva y esté incluida en la carátula de la póliza.

RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando esté incluida en la carátula de la póliza.

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios, adicionalmente a la Suma Asegurada, todas las primas pagadas por el Asegurado hasta el momento del fallecimiento siempre y cuando éste ocurra después de que se cumpla el segundo año de vigencia de la póliza y no se hayan reembolsado anteriormente al Asegurado por Enfermedad Terminal.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

Esta cobertura será otorgada siempre y cuando esté incluida en la carátula de la póliza.

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en las enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza, con excepción de que la póliza sea indisputable.

PORCENTAJE PARA PAGO ANTICIPADO

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

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

RECUPERACIÓN DE PRIMAS PAGADAS POR ENFERMEDAD TERMINAL

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando esté incluida en la carátula de la póliza.

Al cumplir el segundo año de vigencia de la póliza **LA COMPAÑÍA** reembolsará al Asegurado todas las primas pagadas, una vez diagnosticada la Enfermedad Terminal.

II. COBERTURAS ADICIONALES

Este contrato podrá contener todas o algunas de las siguientes Coberturas Adicionales, mismas que sólo se concederán si en la carátula de la póliza se indica expresamente que se encuentran incluidas.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA)

LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de esta cobertura y siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes al mismo.

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en su persona.

Lo anterior se pagará en adición a la Suma Asegurada contratada en la Cobertura Básica.

No se considera accidente a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

EXCLUSIONES

La Cobertura de Protección por Muerte Accidental no cubre:

- 1 La muerte accidental originada por participar en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución en insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Aviación privada en vuelos no regulares.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o vehículos de cualquier tipo, en el que el Asegurado participe directamente
- 2 Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- 3 Muerte Accidental ocurrida 90 días después del accidente.
- 4 Aquéllos en que el accidente que ocasionó la muerte el Asegurado, se originen debido a que el Asegurado 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, al encontrarse bajo los efectos del alcohol a menos que se demuestre a **LA COMPAÑÍA** que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado sea menor de 100 Mgr/DI.
- 5 Homicidio como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.

Cancelación Automática

Este beneficio terminará en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

ESTA COBERTURA NO OTROGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y MUERTE ACCIDENTAL (POMA)

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada para esta cobertura de acuerdo con la siguiente tabla, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante el plazo del seguro el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas:

PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano y la vista de un ojo.	100%
Un pie y la vista de un ojo.	100%
Una mano o un pie.	70%
La vista de un ojo.	50%
El pulgar de cualquier mano.	25%
El índice de cualquier mano.	15%
El medio, anular o meñique de cualquier mano.	10% c/u

Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano y/o un pie, la anquilosis total o su separación.

Por la pérdida de los dedos, la anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o la separación de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

Por anquilosis se entenderá la privación total de los movimientos de una articulación.

La responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** en ningún caso excederá la Suma Asegurada de esta cobertura, aún cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 años mínimo y 55 años como máximo.

EXCLUSIONES:

La cobertura de Protección por Pérdidas Orgánicas no cubre:

1

Pérdidas Orgánicas originadas por participar en:

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

- b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.
- c) Aviación privada.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o vehículos de cualquier tipo, en el que el Asegurado participe directamente.

2

Los siguientes eventos:

- a) Enfermedad mental o sus complicaciones.
- b) Intento de suicidio, lesiones o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- c) Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- d) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- e) Pérdidas orgánicas ocurridas 90 días después de originado el accidente que las provocó.
- f) Pérdidas Orgánicas que se originen debido a que el Asegurado 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, encontrándose bajo los efectos de bebidas alcohólicas.

Cancelación Automática

Este beneficio terminará en el aniversario de la póliza inmediato en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

ESTA COBERTURA NO OTROGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS.

DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE EN ACCIDENTE COLECTIVO

La indemnización por Muerte Asegurada se duplicará, si la muerte del Asegurado se origina:

- a) Mientras viaje como pasajero de algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos o privados para el servicio de pasajeros.
- b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio al público.
- c) A causa de incendio o derrumbe en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público.

Lo anterior se pagará en adición a la Suma Asegurada contratada en la Cobertura Básica.

No se considera accidente a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 años como mínimo y 55 años como máximo.

Cancelación Automática

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **LA COMPAÑÍA**, al término del plazo del seguro o en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea 65 años, lo que ocurra primero.

ESTAS COBERTURAS NO OTORGAN DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

EXTENSIÓN DE PAGO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, por accidente o enfermedades durante el plazo de esta cobertura, **LA COMPAÑÍA** lo eximirá del pago de la prima de la Cobertura Básica a partir de que se emita el diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

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

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a **LA COMPAÑÍA** del dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o médico certificado en la especialidad de que se trate. **LA COMPAÑÍA** tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella para confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. En caso de que el médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA** no ratifique el dictamen de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, 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, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA**.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 años como mínimo y de 55 como máximo.

La exención de Pago de Primas por Invalidez, incluye en su caso, la Cobertura de Gastos Inmediatos y la Cobertura Especial de Gastos Funerarios para Descendientes.

EXCLUSIONES:

- 1** La Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente no será cubierta cuando sea originado por participar en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
 - c) Aviación privada.
 - d) La participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
- 2** Estado de invalidez originado por intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado (ya sea en estado de cordura o demencia).
- 3** Cuando el Asegurado se encuentre tramitando o en proceso de obtener un dictamen de Incapacidad Total y Permanente, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Cancelación Automática

Este beneficio terminará en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 60 años.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

COBERTURA ESPECIAL DE GASTOS FUNERARIOS PARA DESCENDIENTES

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura si alguno de los hijos Asegurados fallece, reinstalándose automáticamente la cobertura para amparar a los hijos sobrevivientes.

La Suma Asegurada de esta cobertura en el caso de menores de 0 a 12 años no podrá ser superior a 60 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes en la Ciudad de México.

Se entiende por hijos del Asegurado, los nacidos antes de la firma de la solicitud y que sean declarados expresamente en la misma.

Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán asegurados en forma automática a partir de los 30 días posteriores a la fecha de su nacimiento y hasta el término del plazo de la cobertura.

Los límites de admisión para el Asegurado, fijados por **LA COMPAÑÍA** son los 18 años como mínimo y 55 como máximo.

EXCLUSIONES:

La Cobertura de Gastos Funerarios para Descendientes no cubre:

La muerte del hijo ocasionada por enfermedades detectadas y que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, hayan sido diagnosticadas o se hayan manifestado a través de síntomas o signos que por su naturaleza no puedan pasar inadvertidos y que fallezca en el transcurso del primer año de la cobertura, a consecuencia de la misma.

Cancelación Automática

Esta cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Para todos los hijos, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- b) Para cada hijo, al aniversario siguiente de alcanzar la edad de 25 años.
- c) Para el titular, cuando el último hijo fallezca.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAI)

En caso de que durante el plazo de seguro de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente por accidentes o enfermedades ocurridos durante el plazo de esta cobertura, **LA COMPAÑÍA** le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada de esta cobertura.

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a **LA COMPAÑÍA** del dictamen emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o médico certificado en la especialidad de que se trate. **LA COMPAÑÍA** tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por

ella para confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado. En caso de que el médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA** no ratifique el dictamen de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, 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, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **LA COMPAÑÍA**.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 años como mínimo y 55 como máximo.

EXCLUSIONES:

- 1** Las Coberturas con Protección por Invalidez Total y Permanente no cubren:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, terrorismo o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
 - c) Aviación privada.
 - c) Participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
- 2** Estado de Invalidez Total y Permanente que se presente cuando esta póliza haya sido convertida a Seguro Prorrogado.
- 3** Estado de Invalidez Total y Permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.

Cancelación Automática

Este beneficio terminará, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 60 años.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

BENEFICIO ADICIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES (GE)

***OPCIONAL**

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura en caso de que el 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 noventa 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 periodo de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto al Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardiaco como consecuencia de interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico
- Cambios en el electrocardiograma
- Elevación de las encimas cardíacas

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC): Cualquier incidente o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con duración de por lo menos 24 horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia de un vaso intracraneano
- Embolización de fuente extracraneal

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

c) Transplante de órganos vitales: El procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón
- Uno o dos pulmones
- Páncreas
- Riñones
- Hígado

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis: Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o transplante renal.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios ("by-pass"): Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria o hemoductos aorto-coronarios.

La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

f) Cáncer: Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

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**.

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 dictamen de la Grave Enfermedad, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo cargo correrá a cuenta de **ARGOS**, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, éste podrá designar a un tercero mediante carta poder 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.

Exclusiones:

La cobertura por Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no se pagará en los siguientes casos:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo, a excepción de que hayan sido prescritas por un médico, o bajo la influencia de alcohol.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza.
- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo "sten".
- i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "insitu" no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren solo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
- j) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

Esta cobertura terminará en los siguientes casos:

- a) Cancelación o rescate de la cobertura básica de vida o de esta cobertura.
- b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
- c) La muerte del Asegurado.
- d) Al término del plazo del seguro.

Límites de edad

Para el caso de la cobertura de Graves Enfermedades los límites de admisión son: 15 años como mínimo y 55 años como máximo.

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 años.

ESTA COBERTURA NO OTORGA DERECHO A VALORES GARANTIZADOS

GARANTÍA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este seguro será renovado a petición del Asegurado, automáticamente y en forma indefinida, por plazos iguales al inicialmente contratado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales.

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

IV. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

LA COMPAÑÍA se obliga en los términos de este contrato, a brindar al Asegurado 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 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 del seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrando entre **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE**, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Inicio del Seguro

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

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 estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el **CONTRATANTE** y **LA COMPAÑÍA** en la fecha de la celebración del contrato.

El pago de las primas podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

a) Descuento por nómina, haciéndose del conocimiento de la empresa para la cual labore el **CONTRATANTE** y solicitando la aplicación de los descuentos correspondientes.

El **CONTRATANTE** tendrá la obligación de verificar que el descuento se encuentre incluido en sus recibos de nómina a fin de confirmar el pago de la prima, en caso de que no aparezca o deje de recibir el descuento deberá hacer el pago de la prima a la cuenta bancaria de **LA COMPAÑÍA**.

Hasta en tanto **LA COMPAÑÍA** no entregue el recibo de pago de las primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo de las mismas, en conjunto con el comprobante de pago realizado por parte de su empleador a **LA COMPAÑÍA**, será prueba plena del pago de las primas.

b) Pago directo, en el domicilio de **LA COMPAÑÍA**, contra recibo oficial correspondiente que esta última expida.

En caso de que la empresa para la que preste sus servicios **EL CONTRATANTE**, por cualquier causa, no realice los descuentos en la nómina del **CONTRATANTE** para el pago de las primas y/o éste no efectúe el pago directamente a **LA COMPAÑÍA**, ésta procederá a:

a) Convertir el seguro a Seguro Prorrogado si el **CONTRATANTE** tiene derecho a Valores Garantizados.

b) Cancelar la póliza por falta de pago de prima o fracción de ella en términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las formas de liquidación (materia de este contrato por parte de **LA COMPAÑÍA**) se efectuará en Moneda Nacional ajustándose a la Ley Monetaria vigente.

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 al momento de la emisión y género.

Periodicidad

EL CONTRATANTE pagará la prima anual de manera fraccionada, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a 1 mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida en **EL CONTRATANTE** y **LA COMPAÑÍA** en la fecha de la celebración del contrato.

A partir del vencimiento, **EL CONTRATANTE** dispondrá de 30 días para efectuar el pago de la prima correspondiente

Fondo de Reserva

El pago de la prima que reciba, incluidos las Coberturas Adicionales que se contraten, menos el costo del seguro, se aplicarán para construir 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.

Aplicación del Fondo de Reserva

La reserva de esta póliza se invertirá en un fondo constituido por los instrumentos de inversión que ofrezcan las mayores tasas de rendimiento, 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 e 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.

Retiros al Fondo de Reserva

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

- A partir de la fecha de retiro total del Fondo de Reserva, la terminación de vigencia del presente contrato; lo que aplicará únicamente con un retiro total y absoluto de su Fondo de Reserva, o
- A partir de la fecha de retiro parcial; cuya vigencia del presente contrato dependerá de la suficiencia existente en el Fondo de Reserva; lo que aplicará únicamente con un retiro denominado parcial.

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

Estados de Cuenta

En cada aniversario de la póliza, el Asegurado podrá solicitar un estado de cuenta a **LA COMPAÑÍA**, en el que se le indicarán todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su Fondo de Reserva.

El Asegurado dispone de 30 días naturales después de recibido el estado de cuenta para solicitar cualquier rectificación. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada y correcta la información contenida en el estado de cuenta.

Edad

Para efecto de este contrato, se considera como edad el Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato

anterior a la fecha de inicio el seguro. La fecha de nacimiento del Asegurado podrá comprobarse fehacientemente una sola vez cuando **LA COMPAÑÍA** lo solicite y se hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no se podrán exigir nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por **LA COMPAÑÍA** son de 15 como mínimo y de 70 como máximo.

Ajuste por Edad

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

- a) Menor que la declarada: **LA COMPAÑÍA** dejará el excedente en el fondo constituido a favor del Asegurado. Las primas posteriores se deducirán de acuerdo a la edad del Asegurado.
- b) Mayor que la declarada: Se ajustará la Suma Asegurada en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- c) Fuera de los límites de admisión. **LA COMPAÑÍA** considerará rescindido el contrato, devolviendo al Asegurado la reserva matemática existente en la fecha de rescisión y el importe que, en su caso, exista en el fondo.

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

- a) Incorrecta pero dentro de los límites de admisión: **LA COMPAÑÍA** estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas alcancen a amparar de acuerdo con la edad, conforme a la nota técnica.
- b) Incorrecta y se encuentra fuera de los límites de admisión: **LA COMPAÑÍA** considerará rescindido el contrato, devolviendo a los beneficiarios el importe que exista en la reserva matemática existente que se estableció para la Suma Asegurada básica.

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 sólo 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 **LA COMPAÑÍA**.

Omisiones o Declaraciones Inexactas:

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

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

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de **LA COMPAÑÍA**, se efectuarán en Moneda Nacional.

Modificaciones y Notificaciones

Las modificaciones a este contrato se harán previo acuerdo entre **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE** haciéndose constar por escrito mediante los endosos registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los Agentes de Seguros o cualquier otra persona no autorizada expresamente por LA COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante **LA COMPAÑÍA** 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 de su domicilio e 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de **LA COMPAÑÍA** 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:

Dirección: Tecoyotitla número 412, colonia Ex Hacienda de Guadalupe, Chimalistac. C.P. 01050, Ciudad de México.

Datos CONDUSEF: Telefono: (55)5340 0999 y (01 800) 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: webmaster@condusef.gob.mx

Carencia de Restricciones

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

Inmutabilidad

Mientras que esta póliza este en vigor, **LA COMPAÑÍA** 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.

Indisputabilidad

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

última rehabilitación siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado; entendiéndose por esto que **LA COMPAÑÍA** renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

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

Suicidio

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

Indemnización por mora

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

Deducciones

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

Terminación del Contrato

El contrato terminará sin obligación posterior para **LA COMPAÑÍA**, con la Forma de Liquidación del Beneficio procedente, por liquidación del valor garantizado que proceda, por retiro total del Fondo de Reserva, porque sea insuficiente el Fondo de Reserva o por expiración del plazo de seguro o bien por solicitud de cancelación explícita de parte del **CONTRATANTE** o del Asegurado.

Cesación Automática del Contrato

En caso de que no exista valor en efectivo, el contrato de seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de la prima o fracción de ella, en término del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Comprobación del siniestro

LA COMPAÑÍA tiene derecho a solicitar al Asegurado 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 de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Beneficiarios

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

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado Titular y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado Titular, salvo pacto en contrario o que hubiere 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.

Cambio de Beneficiarios

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

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

Forma de Liquidación del Beneficio

Al fallecimiento del Asegurado, y estando este contrato en vigor, **LA COMPAÑÍA** realizará el pago de la Suma Asegurada a los beneficiarios designados en la póliza. A falta de beneficiarios expresamente designados, se pagará a la sucesión del Asegurado, decretada por la autoridad competente.

Dicho pago se efectuará tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones y documentación completa que **LA COMPAÑÍA** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione y que se encuentran a disposición de los beneficiarios designados en el domicilio principal y sucursales de **LA COMPAÑÍA** así como también en la página web de ésta última.

LA COMPAÑÍA garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 días hábiles contados a partir de aquél en que satisfagan los requisitos señalados en el párrafo que antecede.

La Liquidación se hará de la siguiente forma:

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

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

Intermediarios

Durante la vigencia de la póliza, **EL CONTRATANTE** podrá solicitar por escrito a **LA COMPAÑÍA**, 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. **LA COMPAÑÍA** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

ENDOSOS

RESPONSABILIDAD FISCAL

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le substituya. Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan; sin perjuicio de que ARGOS realice las retenciones que señalen las disposiciones fiscales aplicables, con el fin de enterarlas por cuenta de terceros.

EI CONTRATANTE sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. **EI CONTRATANTE** se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida, derivados del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta póliza de seguro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la LSF, el producto de seguro denominado Máxima Protección Plus quedó registrado ante la CNSF a partir del día 29 de noviembre de 2012, con el número CNSF-S0060-0689-2012; el producto de seguro denominado Responsabilidad Fiscal, quedó registrado ante la CNSF a partir del día 22 de julio de 2010, con el número CGEN-S0060-0138-2010; el producto de seguro denominado Referencias Normativas IND, quedó registrado ante la CNSF a partir del día 23 de marzo de 2015, con el número RESP-S0060-0045-2013. Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0689-2012/ CONDUSEF-000301-01 con la fecha 07/02/2017

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. Ésta 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 en 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 **2000 1700** y desde el Interior de la República el **01800 265 2020**.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de 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, el producto de seguros denominado Derechos del Contratante quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 31 de Marzo de 2015, con el número CGEN-S0060-0071-2015.

Registrado en la CONDUSEF con el número CGEN-S0060-0071-2015/CONDUSEF-G-00271-001