

I. DEFINICIONES**Aseguradora**

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

Grupo Asegurado, en adelante el Grupo

Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora y forman parte del Registro de Asegurados.

Contratante

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro, que además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo, así como a recabar la información necesaria para el aseguramiento.

Asegurado

Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que, a petición del Contratante, ha quedado amparado bajo esta póliza.

Periodo de Espera

Es el periodo continuo en estado de Invalidez Total y Permanente que debe transcurrir a partir de la fecha del diagnóstico, para recibir el pago de la suma asegurada correspondiente, siendo este periodo el indicado en la carátula de la póliza.

Accidente Amparado

Se entenderá por Accidente Amparado aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Pérdida Orgánica

Se entenderá por pérdida de una mano, su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo

imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de espera establecido.

Los siguientes casos se considerarán como invalidez total y permanente y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Enfermedad Preexistente

Son aquellas, que:

- Con anterioridad a la integración del Asegurado al Grupo, un médico haya determinado la preexistencia y/o existencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Que por su historia clínica o evolución natural, un perito médico, así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designe la Aseguradora y el cual contará con los conocimientos necesarios y estará legalmente autorizado para el desempeño de dicha actividad.

Enfermedad Terminal

Para efectos de este contrato, Enfermedad Terminal significa, aquella enfermedad que es incurable, en estado avanzado o que progresa rápidamente, que lleve irremediamente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativos, no paliativos y que de acuerdo al dictamen por escrito de un médico especialista legalmente autorizado para desempeñarse como tal y ratificado por un médico nombrado por la Aseguradora, la expectativa de vida no sea mayor a 12 meses.

Esta enfermedad deberá haberse desarrollado o manifestado estando el asegurado bajo el amparo de este seguro.

Al presentar la reclamación, el Asegurado se obliga a someterse, de así solicitarlo la Aseguradora, a Examen Médico del facultativo que ella señale, para poder determinar si las lesiones que dieron origen a dicha enfermedad o sus consecuencias se encuentran o no amparadas por la cláusula correspondiente.

II. GENERALIDADES**Objeto**

La Aseguradora se obliga a brindar a las personas que integran el Grupo, la protección sobre la vida de las mismas y, en su caso, de así contratarse, por los beneficios adicionales amparados que se indican en la carátula de la póliza.

Derecho de los Contratantes

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Aseguradora proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Contrato

La Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, el Registro de Asegurados, los Consentimientos/Certificados Individuales, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Cláusulas Adicionales constituyen testimonio del Contrato de Seguro, celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

Modificaciones al Contrato

Este contrato podrá ser modificado previa autorización y registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Cualquier persona no autorizada por la Aseguradora carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de la Póliza. Las notificaciones que la Aseguradora haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley, el cual indica que el plazo del Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino que dicho plazo correrá a partir del día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. De igual manera la prescripción se suspenderá por la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Aseguradora; así también se interrumpirá la prescripción por la presentación de la reclamación, que reúna los requisitos exigidos por la ley, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de la delegación de ésta elegida por el reclamante.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que hayan quedado asegurados.

Carencia de Restricciones

Este Contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados, posteriores al inicio de vigencia del mismo.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Indemnización por Mora

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Beneficiarios

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en este contrato.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del Grupo puede cambiar a sus Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Aseguradora. El cambio de Beneficiario sólo surtirá efecto a partir de la fecha en que el escrito de notificación señalado anteriormente sea recibido en las oficinas de la Aseguradora.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Aseguradora y al beneficiario irrevocable.

Si solo se hubiese designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de beneficiario.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por él o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En el primer caso, el importe del seguro a favor del Contratante, no podrá ser mayor al saldo insoluto correspondiente.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente; o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencias

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Edad

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Aseguradora, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora; pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática que corresponda al Asegurado en la fecha de su rescisión.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

Para efectos de este contrato, se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza.

Edades de aceptación

La edad mínima de aceptación será de 15 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 69 años, cancelándose la cobertura automáticamente al término del plazo del seguro en que el Asegurado cumpla 70 años.

Estas edades pueden ampliarse bajo convenio expreso con la Aseguradora.

Suma asegurada

La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del Grupo, por reglas que eviten la selección adversa a la Aseguradora.

La suma asegurada máxima que la Aseguradora cubrirá para cada uno de los miembros del Grupo sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza; los miembros del Grupo que superen la suma asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere pertinentes, de acuerdo al monto de suma asegurada y la edad del Asegurado.

Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año desde su ingreso al Grupo Asegurado, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del mismo, la Aseguradora solamente devolverá la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del Grupo, al cual corresponda el consentimiento/ certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto de seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un consentimiento/certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora.

III. VIGENCIA DEL CONTRATO**Inicio de Vigencia del Contrato**

El presente contrato entra en vigor a las doce horas de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la Póliza.

Renovación

Este contrato será renovable, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los

requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de su vencimiento. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

IV. PROCEDIMIENTOS**Obligaciones del Contratante**

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia del Contrato:

- a) Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos al Grupo, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo para tal efecto, de ser necesario, los consentimientos respectivos, en los que deberán expresarse el nombre del asegurado, su ocupación, la fecha de nacimiento, la suma asegurada o la regla para determinarla, la designación de beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable.

Si el Contratante no informara oportunamente, en el plazo y términos establecidos en el párrafo anterior, de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, éstos se considerarán como no asegurados en tanto la Aseguradora no determine expresamente su aceptación.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate, sin que deban cumplir con algún requisito médico u otro para quedar aseguradas, por lo que no resultan aplicables a estos supuestos las cláusulas de Omisiones o Inexactas Declaraciones y de Indisputabilidad salvo que la suma asegurada solicitada sea superior a la máxima establecida sin requisitos médicos.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya

comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo dentro de los 30 días siguientes a cada separación, indicando la fecha respectiva de separación, para que sean dados de baja del Seguro.
- c) Dar aviso a la Aseguradora dentro del término de 15 días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas y, de ser necesario, remitir los nuevos consentimientos de los Asegurados. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

Bajas en el Grupo

Las personas que se separen definitivamente del Grupo dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el consentimiento/certificado individual expedido. En este caso la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

No se consideran separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados y, por lo tanto, continuarán asegurados dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo a la Aseguradora.

Registro de Asegurados

La Aseguradora formará un Registro de Asegurados, según proceda, que contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del Grupo

b) Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.

c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo y fecha de terminación de los mismos.

d) Número del certificado individual.

e) Coberturas amparadas.

Rehabilitación

En caso de que por falta de pago de primas el Contrato de Seguro hubiera quedado sin efectos, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación cumpliendo con los siguientes requisitos:

a) Hacer una solicitud por escrito a la Aseguradora

b) Efectuar el pago de las primas vencidas.

El Contrato o los Consentimientos/Certificados se consideraran rehabilitados cuando la Aseguradora dé a conocer al Contratante por escrito su aceptación.

Los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y la hora y el día en que surte efectos la rehabilitación. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito se conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y en su caso devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

En ningún caso, la Aseguradora responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y la hora y el día de pago a que se refiere esta cláusula.

Primas

El Contratante será el único responsable ante la Aseguradora del pago de la totalidad de la prima. La prima total del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de

acuerdo a su edad, ocupación y suma asegurada de las coberturas contratadas.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el periodo. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima.

A cada miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del Grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

Las primas convenidas deberán ser pagadas por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

Término para el pago de las primas

La falta de pago de la prima no será motivo inmediato de cancelación de la presente Póliza, pues ésta continuará en vigor por el término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima, el cual será de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Si durante este plazo ocurriera un siniestro, la Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del Grupo correspondiente al periodo de gracia.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, 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.

Una vez transcurrido el término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima sin que se haya pagado la prima, la Póliza quedará sin ningún valor, pudiendo sin embargo, rehabilitarse en términos de la cláusula correspondiente.

Periodicidad

El contratante puede optar por liquidar la prima de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo establecido, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Cambio de Contratante

Cuando el objeto de este seguro sea otorgar una prestación laboral y exista un cambio de Contratante, la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

Derecho a Seguro Individual

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

V. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS

Cobertura Básica - Indemnización por Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante el plazo de seguro contratado, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados.

Coberturas Adicionales – Las coberturas adicionales serán aplicables en caso de haber sido contratadas

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PAIT)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este beneficio,

después de haber transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (PAITA)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este beneficio, después de haber transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza.

Beneficios por Accidente

Indemnización por Muerte Accidental (DI)

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante el plazo de este seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios designados.

Indemnización de Pérdidas Orgánicas por Accidente (PO)

Si el Asegurado sufre una o más pérdidas orgánicas a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante el plazo de este seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada, de acuerdo con la Tabla de Indemnizaciones pactada. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará, será el 100 % de la suma asegurada contratada para esta cláusula.

Las tablas de indemnización que se podrán utilizar, según se pacte, son las siguientes:

Escala A

Indemnización por la Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10

Escala B

Indemnización por la Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
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 o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano	50
Un pie	50
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30
La vista de un ojo	30
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
Sordera completa de los oídos	25
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
El dedo medio, el anular o el meñique	5

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPO) Escalas A y B

Si el Asegurado fallece o sufre una pérdida orgánica a consecuencia de un Accidente Amparado, ocurrido durante el plazo de este seguro y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma Asegurada que corresponda a tal pérdida, de acuerdo a la escala pactada.

Las tablas de indemnización que se podrán utilizar, según se pacte, son las siguientes:

Escala A

Indemnización por la Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
La Vida del Asegurado	100
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10

Escala B

Indemnización por la Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
La Vida del Asegurado	100
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 o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano	50
Un pie	50
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30
La vista de un ojo	30
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
Sordera completa de los oídos	25
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
El dedo medio, el anular o el meñique	5

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado

Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Colectiva (DIPOC)

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

- a) Mientras el asegurado viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida normalmente para ruta de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- b) Mientras el asegurado se encuentre en un ascensor que opere para servicio público, con excepción de los que operan en minas, siempre y cuando no esté expresamente prestando servicios de ascensorista.

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

Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente (SSIT)

La Aseguradora otorgará al asegurado un seguro vitalicio por fallecimiento, sin pago de prima, por el monto de la suma asegurada que consta en el consentimiento/certificado individual, en caso de que quede invalidado total y permanentemente a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de la fecha en que sean emitidas las pruebas de la existencia del estado de invalidez.

Este Beneficio de Invalidez se cancelará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años. Esta cancelación no operará si el asegurado se encuentra disfrutando del beneficio otorgado por el mismo.

Seguro Saldado a Edad 65 por Invalidez Total y Permanente (S65IT)

La Aseguradora otorgará al Asegurado un seguro por fallecimiento, hasta edad alcanzada 65 años, sin pago de prima por el monto de la suma asegurada que consta en el consentimiento/certificado individual, en caso de que quede invalidado total y permanentemente a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de la fecha en que sean emitidas las pruebas de la existencia del estado de invalidez.

Este Beneficio de Invalidez se cancelará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años. Esta cancelación no operará si el asegurado se encuentra disfrutando del beneficio otorgado por el mismo, en cuyo caso se cancelará al término del plazo de la cobertura del seguro por fallecimiento.

Gastos de Sepelio para el Asegurado

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada para Gastos de Sepelio a los beneficiarios designados, en la proporción que a éstos les corresponda, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

VI. INDEMNIZACIONES

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro y de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la Aseguradora; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el hecho que genera la reclamación.

En caso de Invalidez Total y Permanente

Las bases para considerar que un dictamen tiene plena validez, son las siguientes: Las personas que se encuentren afiliadas al seguro social (para efectos de este contrato, IMSS, ISSSTE, PEMEX o ISSFAM) deberán presentar ante la Aseguradora la determinación de Invalidez Total y Permanente efectuada por el seguro social (en los formatos oficiales de la Institución correspondiente), la cual será evaluada por un médico especialista que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. En caso de que el Asegurado no sea derechohabiente del seguro social, deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos requeridos por el médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, a fin de determinar si procede o no el dictamen de Invalidez Total y Permanente. En caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Si el Asegurado se rehúsa a la presentación de las pruebas correspondientes o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Pago de Indemnización

Los últimos Beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el consentimiento/certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Aseguradora pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el consentimiento/certificado. En uno y otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva suma asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Anticipo al Pago de Indemnización

La Aseguradora, en lo que se documenta la reclamación correspondiente y con la sola presentación del consentimiento/certificado de defunción, hará un Anticipo por Últimos Gastos, equivalente al 30% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica, con un límite máximo de \$100,000 M.N.

Dicho pago se hará a aquél beneficiario que presente el consentimiento/certificado de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Aseguradora.

La cantidad que por este concepto pague la Aseguradora, será descontada de la liquidación final a que los beneficiarios tengan derecho.

Cláusula Opcional de Anticipo de Indemnización por Enfermedad Terminal

Esta cláusula operará sin costo adicional para el Asegurado.

La Aseguradora pagará al Asegurado, por única vez, el equivalente al 30% de la Suma Asegurada contratada para el beneficio de Fallecimiento, el cual en ningún caso excederá de \$1,000,000.00 pesos (Un millón de pesos) al momento en que le sea diagnosticada una Enfermedad Terminal. Para este máximo se toman en cuenta todas las pólizas expedidas por la Aseguradora que otorguen este mismo beneficio. Esta cláusula no aplica durante los primeros seis meses de vigencia del consentimiento/certificado.

La indemnización efectuada bajo esta cláusula no es acumulable a la cobertura de Fallecimiento, y por tanto,

una vez pagada, la Aseguradora deducirá este valor de la suma asegurada contratada para dicha cobertura (Fallecimiento).

Si el asegurado no contrae alguna Enfermedad Terminal durante el plazo del seguro, al término del mismo, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

En caso de que el consentimiento/certificado tenga beneficiarios irrevocables, no procederá este beneficio, a menos que éstos notifiquen a la Aseguradora por escrito, que están de acuerdo en que el Asegurado haga uso de este beneficio.

VII. EXCLUSIONES

Para las Coberturas por Accidente

1. No se consideran accidentes cubiertos, aquellos que se originen por la participación del Asegurado en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución, actos de insurrección o manifestaciones en que participe directamente el asegurado.**
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- c) Cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el asegurado viaje como pasajero en un avión de una compañía comercial, debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas regulares establecidas.**
- d) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante**
- e) Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero,**
- f) Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo**
- g) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**

h) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas

i) Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up

j) Tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente

k) Lesiones que se produzcan en riña, siempre que el asegurado haya sido el provocador.

l) Cualquier forma de navegación submarina

2. Enfermedad corporal o mental

3. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un accidente

4. Envenenamientos de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se deriven de un accidente

5. Abortos, cualquiera que sea su causa, con excepción de los que acontezcan como resultado de un accidente

6. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental

7. Muerte o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de estar bajo los efectos del alcohol o por el uso de estimulantes, enervantes, drogas o similares, no prescritos por un médico

8. La muerte o cualquier pérdida que se manifieste con posterioridad a 90 días después de ocurrido el Accidente

Para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente.

Este beneficio no procederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado.

- 2. Lesiones sufridas en servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución, actos de insurrección o manifestaciones en que participe directamente el asegurado.**
- 3. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- 4. Lesiones que se produzcan en riña, siempre que el asegurado haya sido el provocador.**
- 5. Cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el asegurado viaje como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros en rutas regulares establecidas.**
- 6. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- 7. La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**
- 8. Muerte o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de estar bajo los efectos del alcohol o por el uso de estimulantes, enervantes, drogas o similares, no prescritos por un médico.**
- 9. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero,**
- 10. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas**
- 11. Enfermedades preexistentes.**

Para el Anticipo por Enfermedad Terminal

- 1. SIDA o presencia del virus V.I.H.**

- 2. Tentativa de suicidio, o enfermedad intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- 3. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.**
- 4. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Seguros Azteca, S.A. de C.V. ubicada en Insurgentes Sur 3579 Torre 3 PB, Colonia Villa Olímpica, Delegación Tlalpan, C.P. 14029, comunicarse a los teléfonos 5517209854 desde la Ciudad de México o al 8008108181 desde el resto del país, o al correo electrónico: ueap@segurosazteca.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 5553400999 desde la Ciudad de México o al 8009998080 desde el resto del país, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página electrónica www.segurosazteca.com.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de febrero de 2020, con el número CNSF-S0098-0624-2019/ CONDUSEF-004170-02.

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

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col. Villa Olímpica C.P. 14029 Ciudad de México.
Ciudad de México y zona metropolitana: 5554478810. Resto del país: 8000407777
www.segurosazteca.com.mx.

GLOSARIO PRECEPTOS LEGALES

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

Artículo 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

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

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes

deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

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, el 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.