

I. DEFINICIONES**Aseguradora**

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

Asegurado

Persona física que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que ha quedado amparada bajo esta póliza.

Accidente

Se entenderá por Accidente 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.

Beneficiario

Es la persona o las personas designadas en la Póliza por el Asegurado, con derecho a la indemnización que en ella se establece.

Contratante

Es aquella persona física o moral, que solicita la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de las primas.

Para efectos de esta póliza el contratante podrá ser también el Asegurado. En caso de que el contratante sea el Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la póliza.

Enfermedad

Se entenderá por Enfermedad, toda aquella alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por médico titulado con cédula profesional.

No son consideradas como enfermedad, las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Enfermedad Grave

Para efectos de este contrato, Enfermedad Grave significa, aquella enfermedad que es incurable, en estado avanzado o que progresa rápidamente, que lleve irremediablemente 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.

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 de seis meses.

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.

Periodo de Carencia

Es el período que se indica en la carátula de la Póliza, que deberá transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo este seguro.

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 de seis meses.

Enfermedades Preexistentes

Son aquellas que:

Con anterioridad a la contratación del seguro, un médico haya determinado la preexistencia y/o existencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo para su atención, 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.

II. GENERALIDADES**Objeto**

De conformidad con las condiciones generales de esta Póliza, la Aseguradora se obliga a pagar, en caso de fallecimiento del Asegurado, a el (los) Beneficiario(s) designados(s), según corresponda, la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, la cual no podrá exceder el equivalente a veinte mil UDI (Unidades de Inversión)

Derecho de los Contratantes

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado 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 (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Contrato de seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Aseguradora y el contratante. Constituyen prueba de la celebración de este contrato: la solicitud, la carátula de la póliza, las condiciones generales y las cláusulas adicionales (endosos) que se agreguen.

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 (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Modificaciones al Contrato

Este Contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos. 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 o al Asegurado 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 presentadas en términos de ley 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.

Disputabilidad

Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia y al efecto la Aseguradora renuncia a los derechos que le asisten para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al

describir el riesgo en la solicitud del seguro.

Carencia de Restricciones

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones acerca de residencia, ocupación, viajes y género de vida del asegurado.

Moneda

Todos los pagos a que este contrato se refiere, serán realizados en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del 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:

...“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.”...

Liquidación

La Aseguradora pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la Aseguradora por concepto de primas que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza.

Designación y cambio de beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Aseguradora en su domicilio social. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por la Aseguradora, ésta pagará la suma asegurada al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El Asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar beneficiario haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a la Aseguradora. Para que esa renuncia produzca sus efectos deberá hacerse constar en la póliza.

Cuando no haya beneficiario designado, y no se hubiere realizado una designación irrevocable, 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 mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho una nueva designación.

Cuando haya varios beneficiarios designados, la parte del que muera antes que el Asegurado 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.

Edad

Los límites de edad de admisión y renovación fijados por la Aseguradora, son de 16 a 75 años y la edad de cancelación será de 76 años para todas las coberturas, excepto para la de Invalidez Total y Permanente, para la cual las edades de admisión será de 16 a 55 años y la de renovación hasta los 59 años mientras que la de cancelación es a los 60 años.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por ésta, en cuyo caso, se devolverá al Asegurado la Prima de Riesgo No Devengada. La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza respectiva, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar el siniestro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza.
- Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir contra los beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- Si después de ocurrido un siniestro, la Aseguradora descubre que hubo inexactitud en la declaración relativa a la edad del Asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Aseguradora pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha a partir de la cual el Asegurado quede amparado bajo esta póliza.

Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Aseguradora solamente devolverá la Prima de Riesgo No Devengada. Siendo éste el pago total que se hará por concepto del seguro.

La Aseguradora únicamente estará obligada, en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato.

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

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha en que el Asegurado tuviere conocimiento de que la Aseguradora lo haya aceptado, quedando señalada dicha fecha por escrito en la carátula de la Póliza.

Renovación

Este seguro se renovará automáticamente a su vencimiento, por periodos de un año, siempre y cuando existan nuevas aportaciones de primas.

El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. **En cada renovación, la prima a cargo del Asegurado será la que corresponda a las tarifas en vigor.**

No se debe entender que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

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

IV. PROCEDIMIENTOS**Primas**

La prima total de la póliza es la suma de la prima correspondiente a las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza.

La prima será a cargo del contratante y vencerá al momento de la contratación del seguro. El contratante contará con un periodo de gracia máximo de 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento del pago de la prima para realizar dicho pago, mismo que se estipulará en la carátula de la póliza.

El comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

Cancelación

Esta póliza podrá ser cancelada en cualquier momento a solicitud del Asegurado, trámite que deberá hacerse por escrito, en cuyo caso le será devuelta al asegurado la Prima de Riesgo No Devengada a la fecha efectiva de la cancelación.

La cancelación será efectiva a partir de la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior

Cancelación Automática

Esta póliza se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Fallecimiento.
- Que por voluntad del Asegurado la prima no sea pagada.
- Al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de setenta y seis (76) años

CLÁUSULAS**DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS****PRIMERA.- Cobertura Básica - Indemnización por Fallecimiento**

La Aseguradora pagará al(os) beneficiario(s) correspondiente(s), la suma asegurada contratada para este beneficio si el Asegurado fallece por cualquier causa. La suma asegurada para la cobertura por fallecimiento será la establecida en la carátula de esta póliza. En caso de haberse realizado alguna indemnización por concepto del beneficio adicional de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves, dicho monto se deducirá del pago de la indemnización por Fallecimiento.

SEGUNDA.- Cobertura Adicional de Indemnización por Invalidez Total y Permanente (IT&P)

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 de seis meses.

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. Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella

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.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

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.

Esta cobertura no se otorgará si la invalidez ocurre como consecuencia de:

A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

- Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución
- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado
- Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros
- Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante
- Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur
- Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería,
- espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo
- Suicidio, lesiones o alteraciones

originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, sí ocurre durante los dos primeros años de la contratación del Seguro.

- Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas
- Riña, cuando él la haya provocado
- Cualquier forma de navegación submarina

B. Radiaciones atómicas

C. Accidentes o lesiones que sufra el Asegurado encontrándose éste bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando éstas últimas hayan sido prescritas por un médico, siempre y cuando estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo

D. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto que se demuestre que fue accidental

E. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental

F. Enfermedades Preexistentes físicas y mentales

TERCERA.- Cobertura Adicional de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves (ADEG)

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que se pacte de la Suma Asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, si durante la vigencia de esta cobertura al Asegurado se le diagnostica por primera vez alguna de las enfermedades graves enlistadas a continuación:

Cáncer:

- Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

Infarto del Miocardio:

- Enfermedad que consiste en la oclusión

permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante, de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco el cual, por falta de dicha nutrición a la zona produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Hospitalización cuyo registro indique infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización;
- Historial del típico dolor de pecho, indicativo de enfermedad cardiaca isquémica y cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Apoplejía:

- Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:
- Infarto del tejido cerebral.
- Hemorragia de un vaso intracraneal y
- Embolia de fuente extra craneal.

Cirugía Coronaria:

- Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización, bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Esclerosis Múltiple:

- Diagnóstico inequívoco de neurólogo que confirme, al menos, persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones, aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada en una silla de ruedas.
- La condición del enfermo se caracteriza por trozos de tejido endurecido en el cerebro o en la espina dorsal que se manifiesta por parálisis parcial o total, parestesia y/o neuritis óptica. Además de caracteriza por episodios de irritación y remisión.
- El diagnóstico depende de la historia y examen físico y del análisis de fluido cerebroespinal; un ataque prematuro o un solo episodio de Esclerosis Múltiple no es una Esclerosis Múltiple para efectos de esta cobertura.

Insuficiencia Renal Crónica:

- Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodíalisis periódica.

Trasplante de Órganos Vitales:

- Para efectos de esta cobertura será considerado el trasplante (como receptor) de alguno de los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Corazón-Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea.

El beneficio se define como el pago al Asegurado, del porcentaje de la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Fallecimiento, el cual podrá fluctuar entre el 25% y el 50% y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratada esta cobertura. El porcentaje que se

aplicará como beneficio, se verá especificado en la carátula de la póliza.

Esta cobertura operará una vez que haya transcurrido el periodo de carencia, el cual es de 180 días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la primera póliza.

Exclusiones:

Esta cobertura no ampara:

1. Cirugía Coronaria

- a) **Trombosis mediante cateterismo coronario.**

2. Apoplejía:

- a) **Ataques Izuémicos Transitorios.**

3. Cáncer:

- a) **Leucemia crónica linfática;**
- b) **Cánceres no invasivos e in-situ**
- c) **Cánceres de la piel, con excepción del melanoma maligno;**
- d) **Tumores en presencia de un virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA**

4. Enfermedades Preexistentes.

- a) **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

5. Enfermedades que no correspondan a enfermedades graves en los términos de esta cobertura.

6. Adicción al alcohol o drogas.

7. Intento de suicidio o auto lesión intencionada.

8. En caso de haberse realizado alguna indemnización por concepto de este beneficio adicional de Anticipo por Diagnóstico de Enfermedades Graves, dicho monto de deducirá del pago de la indemnización por Fallecimiento.

SEXTA.- INDEMNIZACIONES

Comprobación del siniestro

En caso de ocurrir el Fallecimiento del Asegurado cubierto por la presente póliza, la información que se requerirá para el trámite del siniestro será:

- a. Acta de Defunción del Asegurado.
- b. Identificación oficial vigente de los beneficiarios: Credencial de Elector, Pasaporte, Cartilla Militar o Cédula Profesional.

- c. Últimos recibos de pago del seguro, si se encontrara en poder del beneficiario.

La Aseguradora tendrá el derecho a solicitar al Asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Una vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, conforme a los procesos administrativos en vigor en la Aseguradora. La indemnización deberá efectuarse dentro un plazo máximo de cinco días.

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

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 Tlalpan la Joya, Delegación Tlalpan, C.P. 14000, comunicarse a los teléfonos 17209854 desde la Ciudad de México o al 018008108181 desde el Interior de la República, 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 53400999 desde la Ciudad de México o al 018009998080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

Seguros Azteca, S.A. de C.V.
Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col. Tlalpan la Joya C.P. 14000 Ciudad de México.
Ciudad de México y zona metropolitana 1720 9854, Interior de la República (01800) 810 8181
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 octubre de 2016, con el número CNSF-S0098-0708-2016/CONDUSEF-000287-01.