

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.

Reserva de Riesgos en Curso

Recursos financieros del Asegurado constituidos por sus primas pagadas, menos la prima de riesgo correspondiente y los gastos de operación del seguro.

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 más el importe que se encuentre disponible, en la Reserva de Riesgos en Curso menos cualquier costo de riesgo de la prima anual del seguro que no haya

sido cubierto a la fecha.

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.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado 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 conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula 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).

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 o de la de su rehabilitación 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.

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.

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 sólo 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

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 Reserva de Riesgos en Curso.

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 162 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 posteriores 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 Reserva de Riesgos en Curso. Siendo éste el pago total que se hará por concepto del seguro. En caso de rehabilitación, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora. Para la porción correspondiente a incrementos de suma asegurada, también se aplicará el periodo de dos años.

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 y/o existan recursos en la Reserva de Riesgos en Curso para mantener la póliza en vigor.

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 su edad alcanzada y se aplicarán las tarifas en vigor.

IV. PROCEDIMIENTOS

Rehabilitación

En caso de que la póliza se encuentre cancelada y el Asegurado desee Rehabilitarla, se sujetará a los requisitos de selección vigentes en la Aseguradora al momento de efectuarse el trámite, conforme a los siguientes criterios:

- El Asegurado podrá solicitar que la Rehabilitación se realice a partir de la fecha de la solicitud, en cuyo caso se estará considerando para todos los efectos como si se tratara de una nueva póliza, o
- Si el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora lo ajustará y, en su caso, no cobrará 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 Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.
- Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

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. Se cobrará, de manera adicional a la prima del seguro, el recargo por pago fraccionado vigente cuando la prima anual se pague de manera fraccionada.

El Asegurado podrá pagar las primas de manera totalmente flexible sin montos o fechas fijas predeterminadas, siempre y cuando se cumpla con la condición de que existan recursos suficientes en la Reserva de Riesgos en Curso para dar por pagada la prima del siguiente mes del seguro, incluyendo los gastos de operación de la aseguradora. En el caso de que los recursos disponibles sean inferiores al equivalente a un mes, se aplicará el total de los recursos al pago proporcional por el número de días para el que se pueda cubrir el costo de la prima.

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 los recursos existentes en la Reserva de Riesgos en Curso serán entregados al Asegurado.

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. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la póliza, al momento de darse por cancelada la póliza se entregarán al Asegurado los recursos existentes en la Reserva de Riesgos en Curso.

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 y ya no existan recursos en la Reserva de

Riesgos en Curso

- Al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de setenta y seis (76) años

Aplicación de la Reserva de Riesgos en Curso

La Reserva de Riesgos en Curso del Asegurado tiene como objetivo garantizar el pago de las primas futuras de la póliza del Asegurado, para lo cual cuenta con la flexibilidad operativa de permitir:

- Que la Aseguradora tome mensualmente los recursos necesarios para pagar las primas del seguro
- Que el Asegurado pueda realizar en cualquier momento pago de primas, las cuales se depositan íntegramente a su Reserva de Riesgos en Curso
- Que el Asegurado mediante solicitud por escrito, pueda realizar en cualquier momento retiro de recursos de la Reserva de Riesgos en Curso
- Que en caso de siniestros los recursos existentes en la Reserva de Riesgos en Curso se entreguen a sus beneficiarios en adición a la suma asegurada contratada
- Que en caso de cancelación voluntaria del seguro, los recursos existentes en la Reserva de Riesgos en Curso se entreguen directamente al Asegurado

Periodo de espera para el pago de primas

Salvo en el caso del recibo inicial de la póliza, para el cual el Asegurado dispone de un plazo de 30 días naturales para el pago de la prima, en los subsecuentes recibos no existe este concepto de plazo y la Aseguradora automáticamente tomará recursos de la Reserva de Riesgos en Curso para dar por pagada la prima y los gastos de operación necesarios para mantener el seguro en vigor

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día para el cual se tuvieron recursos suficientes para el pago total o parcial del periodo de vigencia del seguro.

V. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS

Cobertura Básica - Indemnización por Fallecimiento

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, si el Asegurado fallece dentro de la vigencia del seguro, en caso de existir recursos en la Reserva de Riesgos en Curso, estos fondos se adicionarán a la suma asegurada para distribuirse entre los beneficiarios designados, descontando las primas pendientes de pago de la anualidad en curso.

Cobertura Adicional por Muerte Accidental (MA)

La Aseguradora pagará al(os) beneficiario(s) correspondiente(s), la suma asegurada contratada para este beneficio si el Asegurado fallece en un

accidente o a consecuencia de él, siempre que la muerte ocurra en el momento o dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

Esta cobertura no ampara:

1. 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 en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante**
- **Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero**
- **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**
- **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**

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

demuestre que fue accidental

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 en estado alcohólico 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**

Cobertura Adicional por Muerte Accidental Colectiva (MAC)

La Aseguradora pagará al(os) beneficiario(s) correspondiente(s), la suma asegurada contratada para este beneficio si el Asegurado fallece en un accidente colectivo o a consecuencia de él, siempre que la muerte ocurra en el momento o dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

Se entenderá por accidente colectivo:

- Mientras viaje como pasajero de cualquier vehículo público, operado regularmente por una empresa de transporte público, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros sujeta a itinerarios regulares o;
- Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio público (con excepción de elevadores de mina) o;
- A causa de un incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encuentre el Asegurado al iniciarse tal evento.

Para esta cobertura aplican las mismas exclusiones señaladas para la cobertura de Muerte Accidental.

Cobertura Adicional de Pérdida de Miembros por Accidente (PO), ESCALAS A o B

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada contratada para este beneficio, si el Asegurado sufre en su persona, las pérdidas de miembros descritas en las escalas de indemnización "A" o "B" a consecuencia de un accidente, siempre que dicha pérdida ocurra en el momento o dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. El monto de la indemnización que se otorgará por la pérdida de miembros, será la correspondiente a la Escala "A" o la "B", dependiendo la Escala con que se tenga contratado este beneficio.

Para el caso de esta cobertura, el beneficiario directo es el propio Asegurado del seguro, quien es el único

facultado para recibir la indemnización correspondiente por este apartado.

Definición de Pérdida de Miembros

- Pérdida de una mano: Separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- Pérdida de un pie: Separación o anquilosamiento a nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- Pérdida de los dedos: Separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- Pérdida de la vista: Pérdida completa y definitiva de la visión.
- Pérdida del oído: Pérdida completa y definitiva de la audición.

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
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5

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 o un pie	50
La vista de un ojo	30
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
Cualquier de los dedos medio, anular y meñique	5
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30
3 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
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15

Para esta cobertura aplican las mismas exclusiones señaladas para la cobertura de Muerte Accidental.

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.

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
- 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

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 cardíaco 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 cardíaca isquémica y cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas 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 hemodiálisis 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 o de su rehabilitación.

Exclusiones:

Esta cobertura no ampara:

1. Cirugía Coronaria

a) **Trombosis mediante cateterismo coronario.**

2. Apoplejía:

a) **Ataques Izquémicos 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.**

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.

VI. 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 del Asegurado y de los beneficiarios: Credencial de Elector, Pasaporte, Cartilla Militar o Cédula Profesional.
- c) Últimos recibos de pago del seguro.

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 treinta días.

La Reserva de Riesgos en Curso formará parte de la liquidación que haga la Aseguradora al Asegurado en caso de cancelarse la póliza o, de la liquidación que se haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado o el término de la vigencia del plan.

Estados de cuenta

Cada tres meses se enviará al Asegurado un estado de cuenta indicándole los movimientos operados en el trimestre precedente, así como su saldo acumulado.

El asegurado dispone de 45 días naturales para solicitar cualquier rectificación, contados a partir de que reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la Aseguradora

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 4 de agosto de 2011, con el número CNSF-S0098-0366-2011.

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

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col.

Tlalpan la Joya C.P. 14000 México D.F.

D.F. y zona metropolitana

17209854 Interior de la

República (01800) 8108181

www.segurosazteca.com