

CONDICIONES
GENERALES

SUPERACIÓN
PLUS



MAPFRE

SUPERACIÓN PLUS

CONDICIONES GENERALES

Contenido

Capítulo 1. Objeto del seguro	4
Capítulo 2. Definiciones	4
Capítulo 3. Descripción de coberturas	7
Capítulo 4. Cláusulas Generales	14
Capítulo 5. Procedimiento para reclamar una indemnización	29
Capítulo 6. Aplicaciones legales referidas	30
Capítulo 7. Anexos	40

Capítulo 1. Objeto del seguro

MAPFRE México S.A., a quien en adelante se denominará como MAPFRE, es la compañía aseguradora responsable de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados en caso de ocurrir el fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza o la suma asegurada contratada si el asegurado llega con vida al término de la vigencia.

Capítulo 2. Definiciones

2.1 Accidente

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, absolutamente ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa la muerte

2.2 Año póliza

Es el período de un año de seguro contado a partir de la fecha de comienzo de la póliza hasta la próxima que constituye el siguiente aniversario.

2.3 Asegurados

Son las personas físicas, denominadas asegurado menor, asegurado titular y asegurado mancomunado quienes estarán amparadas.

2.4 Asegurado Menor

Es la persona o personas física sobre la cual recae la cobertura básica.

2.5 Asegurado Titular

Es el contratante de la póliza siempre y cuando haya contratado para sí mismo algunas de las coberturas adicionales.

2.6 Asegurado Mancomunado

Para efectos de este contrato se entenderá como Asegurado Mancomunado la cónyuge o concubina(o) del asegurado titular.

2.7 Beneficiario

Persona(s) designada(s) por el asegurado menor o menores según sea el caso en conjunto con su representante legal para hacer efectivo el cobro de la indemnización tanto para el evento de fallecimiento como para el evento de sobrevivencia.

En el caso del asegurado titular y/o el asegurado mancomunado será la persona(s) designada(s) para hacer efectivo el cobro de las coberturas adicionales.

2.8 Cobertura básica

Es la protección ofertada para cubrir el riesgo por fallecimiento o supervivencia del asegurado menor.

2.9 Compañía aseguradora

Es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del contrato, de conformidad con las presentes condiciones.

2.10 Contratante

Es la persona física cuya propuesta de seguro acepta MAPFRE en los términos consignados en el contrato de seguro y con base en los datos e informes proporcionados conjuntamente con el asegurado, teniendo a su cargo la obligación del pago de la prima correspondiente y demás obligaciones que se estipulen en la póliza.

2.11 Contrato de seguro

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, estas condiciones generales, los endosos a la póliza y las cláusulas adicionales que en su caso se agregasen, constituyen el testimonio completo del contrato de seguro.

2.12 Endoso

Documento emitido por MAPFRE, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.

2.13 Factura electrónica

Es el documento oficial expedido por MAPFRE en el que se establece la prima total que deberá pagar el contratante por la cobertura contratada.

2.14 Período de gracia

Plazo que MAPFRE otorga al contratante para cubrir el monto de prima.

2.15 Póliza

Es el documento en el que constan los datos generales del contrato de seguro, tales como nombre del contratante, nombre del asegurado, edad, cobertura(s) contratada(s), suma(s) asegurada(s), seguro contratado, beneficiarios, firma de la compañía y en general los que permiten identificar al seguro contratado.

2.16 Prima

Cantidad de dinero que el contratante se obliga a pagar a MAPFRE, en términos del contrato de seguro; como contraprestación por el riesgo que se asume, misma que se integra por el costo mínimo real de los eventos cubiertos, los gastos por la administración de la póliza, así como gastos por comisiones y compensaciones que se pagan al intermediario de seguros.

2.17 Reserva de riesgos en curso de largo plazo

Es la diferencia entre el valor actual de los flujos estimados de egresos futuros y el valor actual de los flujos estimados de ingresos futuros durante los años de vigencia de la póliza.

El valor de esta reserva se utilizará para la determinación de los valores garantizados

a los que tendrá derecho el contratante

2.18 Reclamante

Es la persona ya sea al asegurado o el (los) beneficiarios que piden hacer efectivo el cobro de la indemnización de las coberturas contratadas ante la compañía aseguradora.

2.19 Seguro Saldado

Se refiere a la suma asegurada a la que tendrá derecho el asegurado en caso de continuar con su seguro, sin más pago de primas por el mismo periodo de contratación.

2.20 Siniestro

Es la realización de la eventualidad prevista en el contrato, cuyas consecuencias están cubiertas por la póliza de acuerdo con los límites de las coberturas contratadas y pagadas.

2.21 Solicitante

Es la persona física que manifiesta su intención de ser amparada por las coberturas de este Contrato de Seguro.

2.22 Solicitud de seguro

Documento que comprende la voluntad del contratante para adquirir un seguro y expresa la protección o cobertura solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la póliza y deberá ser llenada y firmada por el contratante y el solicitante.

2.23 Suma asegurada

Es el monto que la compañía aseguradora se compromete a pagar a los beneficiarios designados al ocurrir el riesgo o evento amparado en el contrato de seguro.

Esta suma asegurada se especifica por año en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” misma que se integra en la póliza.

2.24 Tasa de interés técnico

Es la tasa de interés utilizada para el cálculo y determinación de los valores garantizados.

2.25 Valor garantizado

Derecho del contratante para hacer uso de la reserva de riesgos en curso a largo plazo constituida.

2.26 Valor de rescate

Cantidad que le correspondería al contratante, si la hubiere, en el año póliza en que solicite la cancelación de su contrato de seguro

2.27 Vigencia del contrato

Plazo durante el cual, el asegurado contará con protección por parte de MAPFRE ante la ocurrencia del riesgo o evento de la(s) cobertura(s) contratada(s), mismo que se especifica en la póliza.

Capítulo 3. Descripción de coberturas

3.1 Descripción de las coberturas

Este plan ofrece diferentes tipos de coberturas tanto para el asegurado menor como para el asegurado titular, el cual será el contratante, y/o asegurado mancomunado.

Este plan de seguro ampara al asegurado menor, quien será la persona física para la cual es solicitado el plan y sobre la cual recaerá la cobertura básica, y al asegurado titular quien será el contratante del seguro y quien podrá estar amparado por la cobertura adicional “Beneficio de exención de pago de primas por fallecimiento” (BEF). Las coberturas se detallan a continuación:

3.1.1 Cobertura básica

Esta cobertura operará sólo para el asegurado menor y podrá contratarse para uno o más asegurados menores en una misma póliza, de acuerdo a lo siguiente:

- I. Si el asegurado menor llega con vida al vencimiento del plazo de seguro, MAPFRE pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, al beneficiario designado para este evento.
- II. Si el asegurado menor fallece antes del término del plazo del seguro contratado y tiene en ese momento menos de 12 años de edad, MAPFRE le devolverá al contratante, el monto de las primas pagadas de la cobertura básica hasta ese momento, en caso contrario, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados el monto de suma asegurada contratada para esta cobertura.

Si esta cobertura se contrató para más de un asegurado menor y ocurre el fallecimiento de alguno de ellos durante la vigencia del seguro, la póliza permanecerá en vigor con respecto a los otros asegurados menores conforme a la cobertura contratada. En caso de no existir más asegurados menores se dará por terminada la obligación de MAPFRE sobre el contrato de este seguro.

3.1.2 Coberturas adicionales

Estas coberturas operarán para el contratante y el asegurado mancomunado con costo. En caso de ser contratadas, se indicará en la carátula de la póliza.

3.1.2.1 Beneficio de exención de pago de primas por fallecimiento (BEF)

Operará únicamente el asegurado titular

- En caso de que el asegurado titular llegara a fallecer antes de finalizar el plazo

del seguro contratado, sin más pago de primas, la cobertura básica de los asegurados menores según sea el caso, continuará en vigor hasta el momento en que se cumpla cualquiera de los eventos descritos en “Descripción de las coberturas”.

- Si en adición a esta cobertura el asegurado titular tiene contratada la cobertura de exención de pago de primas por invalidez total y permanente por accidente y/o enfermedad (BIT) y hace uso de ésta, entonces el beneficio de exención de pago de primas por fallecimiento (BEF) quedará sin efecto y el asegurado titular dejara de pagar las primas futuras correspondientes una vez que la invalidez total y permanente haya sido dictaminada en los términos que se establecen en la cláusula de “Exención de pago de primas por invalidez total y permanente por accidente y/o enfermedad (BIT)”.

- MAPFRE devolverá al asegurado titular el monto de la prima no devengada del beneficio de exención de pago de primas por fallecimiento (BEF) una vez dictaminada la invalidez total y permanente y transcurrido el periodo de espera correspondiente, si fuera el caso.

3.1.2.2 Temporal individual

Operará únicamente para el asegurado titular

En caso de que ocurra la muerte del asegurado titular durante la vigencia del seguro, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados por éste, la suma asegurada contratada para esta cobertura y si el asegurado titular no adquirió la cobertura de exención por fallecimiento, entonces se aplicará lo establecido en la cláusula “Cesación de los efectos del contrato por falta de pago de prima”.

3.1.2.3 Temporal mancomunado

Operará únicamente para el asegurado titular

MAPFRE pagará la primera muerte ocurrida de cualquiera de los asegurados, es decir, si durante la vigencia del seguro ocurre el fallecimiento de uno de los asegurados (asegurado titular o asegurado mancomunado), MAPFRE pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por éstos.

MAPFRE pagará el 200% de la suma asegurada contratada para esta cobertura a los beneficiarios designados, si el fallecimiento le ocurre a ambos asegurados a causa de un accidente y en forma simultánea. Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por muerte accidental simultánea, que la muerte de ambos asegurados sea en un intervalo de tiempo no superior a 72 horas después de que ocurra la primera muerte, siempre que ésta ocurra dentro de los 30 días siguientes al accidente.

Si el primer fallecimiento corresponde al asegurado titular se dará por terminada la cobertura temporal mancomunado, y si el asegurado titular no adquirió la cobertura de exención por fallecimiento, entonces se aplicará lo establecido en la cláusula “Cesación de los efectos del contrato por falta de pago de prima”.

Si el primer fallecimiento corresponde al asegurado mancomunado se dará por

terminada la cobertura temporal mancomunado y quedaran vigentes las coberturas adicionales que en ese momento tenga el asegurado titular. Bajo esta forma el asegurado titular no podrá adquirir una nueva cobertura por muerte.

El contratante podrá elegir solamente una de las coberturas adicionales temporal individual o temporal mancomunado.

3.1.2.4 Exención de pago de primas por invalidez total y permanente por accidente y/o enfermedad (BIT)

Operará únicamente para el asegurado titular

En caso que el asegurado titular llegara a invalidarse total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad durante la vigencia del seguro, MAPFRE se compromete a liberar al contratante del pago de las primas restantes tanto de la cobertura básica, como de la cobertura temporal si la tiene contratada, conforme a lo establecido en el punto "Descripción de las coberturas".

Durante la vigencia de la póliza, si fue contratado, el asegurado gozará del beneficio de invalidez total y permanente, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

- Invalidez total y permanente

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado haya sufrido lesiones a consecuencia de un accidente o sufra alguna enfermedad que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a seis meses contado a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

- Causas inmediatas de invalidez total y permanente

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período 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 cláusula se entiende: por pérdida de las manos, su anquilosis o separación al nivel de la articulación carpo - metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación tibio - tarsiana o arriba de ella.

Por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el accidente o enfermedad que da origen al estado de invalidez, se haya presentado durante la

vigencia del seguro.

La exención del pago de primas se otorgará después del período de espera antes mencionado, el cual inicia en la fecha en que se dictamine la invalidez total y permanente.

Pruebas

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado deberá presentar pruebas de que su estado de invalidez es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación MAPFRE se reserva el derecho de exigir al asegurado las pruebas sobre dicho estado de invalidez.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a MAPFRE, el dictamen de invalidez avalado por una Institución con competencia médica o médico con cédula profesional, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por MAPFRE, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez ésta cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. El costo del peritaje cualquiera que sea su resultado correrá a cargo de MAPFRE.

Para evaluar la procedencia o no de la invalidez total y permanente, será necesario que la fecha del accidente esté comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

MAPFRE, cuando lo estime necesario, podrá pedir al asegurado la comprobación de que continua su estado de invalidez total y permanente. Si el asegurado se negare a esa comprobación, o si volviere a encontrarse en condición de desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes, el contratante estará obligado a pagar las primas que de acuerdo con las condiciones de la póliza y de esta cláusula adicional vencieren después de que esto acontezca.

MAPFRE conviene en eximir al contratante, del pago de las primas básicas que le correspondan, en caso de que el asegurado quede invalidado total y permanentemente, en las condiciones señaladas anteriormente.

3.1.2.5 Pago adicional por invalidez total y permanente por accidente y/o enfermedad (BIPA)

Operará únicamente para el asegurado titular

En caso que el asegurado titular llegara a invalidarse total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad durante la vigencia del seguro, MAPFRE se compromete a pagar la suma asegurada de esta cobertura al asegurado titular.

Durante la vigencia de la póliza, si fue contratado, el asegurado gozará del beneficio de invalidez total y permanente, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

- Invalidez total y permanente

Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado haya sufrido lesiones a consecuencia de un accidente o sufra alguna enfermedad que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a seis meses contado a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

- Causas inmediatas de invalidez total y permanente

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período 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 cláusula se entiende: por pérdida de las manos, su anquilosis o separación al nivel de la articulación carpo - metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación tibio - tarsiana o arriba de ella.

Por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el accidente o enfermedad que da origen al estado de invalidez, haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así, durante la vigencia del seguro.

En caso de que la invalidez se dictamine con posterioridad al vencimiento del contrato, quedará cubierta, siempre y cuando entre la fecha de terminación del seguro y la del dictamen correspondiente, no hayan transcurrido más de dos años, que el asegurado no haya estado activo laboralmente en dicho lapso y que el accidente y/o enfermedad origen de la invalidez haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro.

Pruebas

Para que MAPFRE pague, el asegurado deberá presentar las pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, MAPFRE se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado pruebas médicas adicionales para corroborar el estado de invalidez, así como la debida comprobación de su edad si no se ha hecho la anotación en la póliza.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a MAPFRE, el dictamen de invalidez avalado por una Institución con competencia médica o médico con cédula profesional, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por MAPFRE, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez ésta cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. El costo del peritaje cualquiera que sea su resultado correrá a cargo de MAPFRE.

Para evaluar la procedencia o no de la invalidez total y permanente, será necesario que la fecha del accidente o enfermedad esté comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Una vez que MAPFRE haya considerado procedente el reclamo, pagará al asegurado la suma asegurada indicada en la póliza, siempre que haya transcurrido el periodo de espera antes mencionado, el cual inicia a partir de la fecha en que se dictamine la invalidez total y permanente.

La vigencia de todas las coberturas adicionales será el mismo que se otorgue a la cobertura básica.

Exclusiones aplicables a las coberturas de invalidez

Exención de pago de primas por invalidez total y permanente y pago adicional por invalidez total y permanente (BIT y BIPA)

No procederán aquellos casos que la invalidez se deba a:

- A. Lesiones provocadas intencionalmente por el asegurado (cualquiera que sea su causa).**
- B. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- C. Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado.**
- D. Lesiones sufridas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

E. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero de un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

F. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo serán excluidos siempre y cuando el asegurado participe como sujeto activo en los citados actos.

G. Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.

H. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación y rapel, salvo cuando se practiquen en forma ocasional sin que por esto se considere una afición.

I. Estas actividades si se practican en forma amateur o profesional pueden quedar cubiertas mediante el pago de una extraprima misma que deberá reflejarse en la carátula de la póliza.

J. Padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de seguro, que fueron diagnosticados por un médico legalmente autorizado o diagnosticados mediante un resumen clínico, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, con excepción de aquellos casos que fueron reportados y aceptados por MAPFRE.

K. Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.

L. Cualquier intento de suicidio.

M. Lesiones sufridas por el asegurado estando bajo los efectos

de algún droga, enervante, estimulante o similares, excepto que sean prescritos por un médico y así quede demostrado.

N. Así como las que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

3.1.3 Dotal a Corto plazo

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá contratar la cobertura de dotal a corto plazo con la finalidad de ahorrar, de manera adicional en su póliza.

El funcionamiento será el siguiente:

- a) La vigencia será de 1 mes desde que se deposité la prima.
- b) Al vencimiento del dotal a corto plazo, se enviará la suma asegurada contratada para esta cobertura al fondo de inversión.
- c) MAPFRE se obliga a pagar la suma asegurada del dotal a corto plazo al contratante en caso de que este sobreviva al término del plazo del mismo, o la persona designada como beneficiario en la póliza en caso de fallecimiento del asegurado.

El pago de la prima correspondiente a la cobertura descrita se deberá realizar en una sola exhibición al momento de inicio de vigencia de esta cobertura.

Capítulo 4. Cláusulas Generales

4.1 Contratante

Es la persona física cuya propuesta de seguro acepta MAPFRE en los términos consignados en el contrato de seguro y con base en los datos e informes proporcionados conjuntamente con el asegurado, teniendo a su cargo la obligación del pago de la prima correspondiente y demás obligaciones que se estipulen en la póliza.

Para efectos de este contrato, el contratante será la única persona que podrá hacer uso de los valores garantizados.

4.2 Asegurados

Son las personas físicas, denominadas asegurado menor, asegurado titular y asegurado mancomunado quienes estarán amparadas.

Se entenderá por:

- **Asegurado Menor:** Es la persona o personas física sobre la cual recae la

cobertura básica, y que se trata de una persona menor de edad

- Asegurado Titular: Es el contratante de la póliza siempre y cuando haya contratado para sí mismo algunas de las coberturas adicionales.
- Asegurado Mancomunado: Podrá ser el cónyuge del asegurado titular o la persona que en conjunto con éste último adquieran la cobertura “Temporal mancomunado”.

4.3 Beneficiarios

El asegurado menor o menores según sea el caso, deberán designar en conjunto con su representante legal a sus beneficiarios tanto para el evento de fallecimiento como para el evento de sobrevivencia.

El asegurado titular deberá designar en forma clara a los beneficiarios de todas las coberturas adicionales contratadas salvo cuando se contrate la cobertura temporal mancomunado, donde el asegurado titular y el asegurado mancomunado deberán designar en forma clara y conjunta a sus beneficiarios. No obstante, el asegurado titular y el asegurado mancomunado, si fuera el caso, tienen el derecho de designar y cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto deberá notificar por escrito a MAPFRE, expresando con claridad el nombre de los nuevos beneficiarios para su anotación en el endoso de la respectiva póliza. En caso de que MAPFRE no reciba oportunamente dicha notificación, pagará sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro en caso del fallecimiento del asegurado titular y asegurado mancomunado, al último beneficiario registrado ya sea en la póliza o en el respectivo endoso.

El asegurado titular y el asegurado mancomunado pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar al beneficiario de la presente póliza. Para que esta renuncia produzca sus efectos, se deberá hacer constar en la póliza y comunicárselo así al beneficiario irrevocable de acuerdo con lo ordenado por el Artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro, en caso de fallecimiento del asegurado titular y asegurado mancomunado, se pagará a la sucesión de los mismos.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o que se hubiera hecho una designación irrevocable de beneficiario, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste y el asegurado titular y el asegurado mancomunado mueran simultáneamente, o bien, cuando el primero muera antes que el segundo o el tercero y éstos no hubieren hecho nueva designación de beneficiario.

Cuando haya varios beneficiarios, la parte del que muera antes que el asegurado titular y asegurado mancomunado se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios sobrevivientes siempre que el asegurado titular y el asegurado mancomunado no hubiera estipulado otra cosa. (Artículo 175 fracción III Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La suma asegurada correspondiente a la cobertura de sobrevivencia, se pagará a los beneficiarios designados. Si no hubiese beneficiarios designados para esta cobertura, se entenderá que el beneficiario será el contratante. Esta designación formará parte de la póliza.

La suma asegurada correspondiente a la cobertura adicional de pago por invalidez total y permanente, se pagará al asegurado titular; siempre y cuando haya contratado dicha cobertura y ocurra el evento esperado.

Advertencia

“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 deben 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, quién 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”.

4.4 Contrato de seguro

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, estas condiciones generales, los endosos a la póliza y las cláusulas adicionales que en su caso se agregasen, constituyen el testimonio completo del contrato de seguro.

Se entiende por carátula de la póliza el documento en el que constan los datos generales del contrato de seguro, tales como nombre del contratante, nombre del (los) asegurado (s), edad, suma asegurada, plan contratado, beneficiario (s), firma de la compañía y en general los que permiten identificar al seguro contratado.

4.5 Vigencia del contrato

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha de inicio de vigencia y hasta la fecha de término que se estipule en la carátula de la póliza una vez que MAPFRE haya aceptado el riesgo.

Los endosos que se agreguen con posterioridad, tendrán efecto a partir de que MAPFRE emita el endoso correspondiente.

4.6 Edad

Si la edad de los asegurados estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MAPFRE, se aplicarán las reglas establecidas en el Artículo 172 de la Ley del Contrato de Seguro descritas a continuación:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de MAPFRE se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II. Si MAPFRE hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre las edades de los asegurados, tendrá derecho a recuperar lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de las edades, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a las edades reales, MAPFRE estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para las edades reales de los asegurados en cuestión en el momento de la celebración del contrato.

IV. Si con posterioridad a la muerte de los asegurados se descubriera que fueron incorrectas las edades manifestadas en la solicitud y éstas se encuentran dentro de los límites de admisión autorizados, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con las edades reales.

Para los cálculos a que se refieren los párrafos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Si al comprobar la edad, ésta resultará fuera de los límites de admisión fijados por MAPFRE, se rescindirá el contrato devolviéndose únicamente la reserva matemática que corresponda al contrato en la fecha de rescisión; atendiendo a lo ordenado en el Artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Para efectos de la cobertura adicional temporal mancomunado, se obtendrá una edad equivalente que represente ambas edades, la del asegurado titular y asegurado mancomunado, para obtener la cuota correspondiente a dicha edad para el cálculo de la prima y valores garantizados, aplicando lo anteriormente descrito.

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para los asegurados menores son:

- Edad mínima de aceptación: 0 años de edad
- Edad Máxima de aceptación: Plazo edad alcanzada pactado reducido a 5 años

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para el asegurado titular y el asegurado mancomunado son como mínimo 18 y como máximo 70 años, en cualquiera de las coberturas adicionales por fallecimiento y que se indiquen en la carátula de la póliza.

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para el asegurado titular son como mínimo 18 y como máximo 55 años, en cualquiera de las coberturas adicionales contratadas por invalidez y que se indiquen en la carátula de la póliza.

4.7 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, por parte del contratante o de MAPFRE,

se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago, aun cuando el plan contratado sea en Dólares o Unidades de Inversión (UDIS)

En caso de que dichas Unidades desaparezcan, para efectos de calcular el pago, se tomará el valor que se fije para el instrumento y/o documento que sustituya a las UDIS.

4.8 Pago de prima

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del contrato; el pago de primas deberá hacerse por anualidades; sin embargo, el contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima, pudiendo ser de forma semestral, trimestral o mensual.

Si se opta por el pago fraccionado las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, venciendo a las 12 horas del primer día de la vigencia del periodo que comprenda; y se aplicará a la prima, la tasa de financiamiento por pago fraccionado vigente al momento de la activación de la anualidad vigente.

“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 40 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Los pagos de primas deberán realizarse contra la entrega de la factura electrónica que expida MAPFRE.

En caso de que el contratante hubiera manifestado su consentimiento previo y por escrito, el importe de la prima podrá ser pagado mediante depósito bancario o cargo a tarjeta de crédito o cargo a cuenta de cheques. El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

La prima total representará la suma de todas las coberturas contratadas.

4.9 Periodo de gracia

El contratante gozará de un plazo de treinta días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones pactadas, del presente contrato de seguro.

Si durante el periodo de gracia ocurre el fallecimiento del asegurado, MAPFRE pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados descontando el importe de la prima no pagada.

4.10 Cesación de los efectos del contrato por falta de pago de prima

Si no hubiese sido pagada la prima o cualquiera de las fracciones de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido y señalado en la carátula de la póliza, el cual será de treinta días naturales siguientes a la fecha de

su vencimiento, el contrato procederá a saldarse en forma automática una vez cubiertas las anualidades completas, siempre que exista valor de seguro saldado en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, conforme al año en que ocurra la falta de pago de primas. En caso de que no exista valor de seguro saldado, este contrato cesará en sus efectos automáticamente.

El seguro saldado automático se determinará en el día inmediato posterior a la validación de la cesación del contrato por falta de pago de primas y este valor se obtendrá conforme a lo que se establece en la cláusula “valores garantizados” en el apartado “seguro saldado”.

Si durante el periodo de gracia señalado ocurre un siniestro, MAPFRE pagará la suma asegurada contratada convenida, si el siniestro procede conforme a derecho y una vez que haya recibido las pruebas correspondientes, descontando de la indemnización el importe de la prima anual no pagada.

4.11 Disputabilidad

Este contrato y cada cobertura amparada en el mismo, serán disputables en los casos de omisión o de inexacta declaración de los hechos importantes al describir el riesgo que sirvieron de base para su celebración, durante los dos primeros años desde su fecha de inicio de vigencia.

Para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, serán también disputables durante los dos primeros años a partir de la fecha de su inclusión.

4.12 Modificaciones y notificaciones del contrato

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre MAPFRE y el contratante y/o asegurado, que consten por escrito en la póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MAPFRE carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de beneficiarios sólo podrá efectuarla el asegurado.

Toda notificación deberá hacerse por escrito y en el domicilio de MAPFRE, estando obligada a expedir constancia de la recepción. El contratante y/o asegurado deberá notificar por escrito a MAPFRE cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la póliza.

Las comunicaciones que MAPFRE deba hacer al contratante y/o asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

4.13 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 naturales siguientes al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, en concordancia con el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo para el contratante.

4.14 Ajuste de suma asegurada

Durante la vigencia de la póliza, no se contemplarán ajustes o movimientos de suma asegurada, entendiéndose como tal, requerimientos solicitados por el contratante para aumentar o disminuir el monto de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza al inicio de su vigencia.

4.15 Omisiones o inexactas declaraciones

El contratante y el asegurado están obligados a declarar por escrito a MAPFRE de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones de contratación, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración y/o renovación del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a MAPFRE para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

4.16 Carencia de restricciones

El contrato de seguro no estará sujeto a restricción alguna por cambio de residencia, viajes, ocupación y género de vida del asegurado, posteriores a la contratación del seguro salvo que sus actividades estén sancionadas por las leyes penales.

4.17 Suicidio

En caso de que la muerte del asegurado ocurriese por suicidio durante los dos primeros años contados desde la fecha de inicio de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del (los) asegurado (s), la obligación de MAPFRE se limitará únicamente a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento, de acuerdo con lo descrito en el Artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.18 Comunicaciones

Todas las comunicaciones a MAPFRE deberán hacerse por escrito directamente en el domicilio que aparece en la carátula de la póliza.

En términos del Artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier cambio de domicilio diferente al consignado en la póliza expedida, la compañía deberá hacerlo del conocimiento del asegurado.

Los requerimientos y comunicaciones que MAPFRE, deba hacer al contratante y/o asegurados o sus causahabientes, deberán hacerse en la última dirección que conozca la empresa.

4.19 Solicitud de información

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a MAPFRE 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. MAPFRE 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.

4.20 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) no es designado árbitro, y quedan a salvo los derechos de las partes, el reclamante podrá acudir a los tribunales competentes.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

En caso de juicio, se deberá emplazar a MAPFRE en el domicilio que se indica en la carátula de la póliza.

En caso de controversia, el reclamante tendrá la prerrogativa de acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en sus oficinas Centrales o en sus delegaciones; a la Unidad de Atención a Clientes de la Compañía Aseguradora, o acudir directamente ante los Tribunales competentes.

Conforme al Artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

4.21 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro de vida, prescribirán en cinco años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

Para cualquier cobertura diferente a la de fallecimiento, la prescripción será de dos años.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuarios de Servicios Financieros.

4.22 Valores garantizados

Se otorgarán valores garantizados para los casos en que el plazo del seguro sea mayor o igual a cinco años.

Una vez cubiertas las anualidades completas indicadas en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” estipulada en la póliza, y al vencimiento de éstas, el contratante podrá elegir una de las siguientes opciones:

- Rescate
- Seguro saldado

Los valores garantizados operarán mientras los asegurados menores según sea el caso, se encuentren con vida durante la vigencia del seguro.

Para efectos de esta cláusula se otorgará una “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” por cada asegurado menor que se designe en la póliza.

En caso de haber contratado cualquiera de las coberturas de temporales adicionales se otorgará una “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” al asegurado titular, cuyo valor garantizado será el valor de rescate.

4.22.1 Rescate

El contratante podrá obtener como valor de rescate de la cobertura básica y de cualquiera de las coberturas temporales adicionales si éste lo tuviere contratado, el importe que se indica en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” asignada al asegurado menor y/o al asegurado titular si fuera el caso, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas y vencidas. Asimismo, tendrá derecho a retirar el fondo en inversión que tenga disponible.

En caso de que se solicite el rescate antes del aniversario de la póliza, de dicho valor se descontarán intereses por el tiempo que falte para completar el año póliza. La tasa de interés a aplicar por este concepto será la tasa de interés técnico del seguro y conforme a la moneda que corresponda.

Para obtener este beneficio, el contratante deberá informar su decisión por escrito a MAPFRE, anexando el contrato de seguro para su cancelación.

Al momento de que MAPFRE genere el movimiento de rescate, éste se aplicará al asegurado menor que indique el contratante, quedando cancelada automáticamente

la cobertura para el menor elegido para tal efecto.

El contratante no podrá cancelar la cobertura temporal según sea el caso, en forma independiente, para ello, tendrá la opción de rescatar la póliza con todas las coberturas contratadas.

Al momento de que MAPFRE genere el movimiento de rescate de todos los asegurados, la póliza quedará cancelada automáticamente rescindiendo con ella toda obligación de MAPFRE con los asegurados y no podrá rehabilitarse posteriormente.

4.22.2 Seguro Saldado

Este valor aplica exclusivamente para la cobertura básica.

Sin más pago de primas, el seguro saldado mantendrá este contrato en vigor por el plazo originalmente contratado y por la suma asegurada que se especifica en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” estipulada en la póliza, en la línea correspondiente al año póliza vencido y/o al número de primas anuales pagadas y vencidas. Asimismo, las coberturas adicionales contratadas originalmente quedan sin efecto alguno.

El seguro saldado operará bajo los siguientes supuestos:

a. A solicitud por parte del contratante

Para esta opción, el contratante deberá solicitar por escrito a MAPFRE dentro del período de gracia para el pago de la prima correspondiente, la conversión de su seguro a “seguro saldado”.

El importe de suma asegurada correspondiente al seguro saldado, será el que se indique en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” estipulada en la póliza, en el año póliza en que se haya solicitado este valor y será pagado por MAPFRE conforme a lo que se indica en la cláusula “Descripción de cobertura”.

b. La conversión automática del contrato a seguro saldado

Para este caso, no será necesaria solicitud alguna por parte del contratante. MAPFRE procederá a saldar el seguro conforme al valor que tenga derecho el contratante al momento de validarse la falta de pago de primas, según el año póliza en el que se encuentre conforme a la cláusula de cesación de los efectos del contrato por falta de pago de prima.

El importe de suma asegurada del seguro saldado será el establecido en la “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” estipulada en la póliza, al momento de la aplicación automática de este valor garantizado.

En ambos casos de conversión a seguro saldado, MAPFRE emitirá un endoso que

acredite el movimiento realizado, entregando al contratante una nueva “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” cuyo único valor garantizado será el valor de rescate y donde constará que tanto las coberturas adicionales contratadas y la “Tabla de sumas y valores garantizados” originalmente entregada, quedarán sin efecto alguno.

4.23 Restablecimiento de suma asegurada.

En el caso en que la póliza haya sido saldada automáticamente como se prevé en la cláusula “Seguro Saldado” inciso b, se podrá restablecer la suma asegurada contratada siempre y cuando no haya transcurrido más de un año desde la fecha en la que la póliza fue saldada y el contratante lo solicite por escrito a MAPFRE en cualquier momento de dicho lapso y antes de la fecha de vencimiento del seguro. De restablecerse la suma asegurada contratada, el contratante no podrá hacer uso de los valores garantizados, sino hasta después de transcurrido un año a partir de la fecha en que MAPFRE otorgue el restablecimiento de suma asegurada.

MAPFRE emitirá un endoso que acredite el movimiento realizado, entregando al contratante una nueva “Tabla de sumas aseguradas y valores garantizados” quedando sin efecto de manera automática la tabla de sumas y valores garantizados entregada en el endoso de seguro saldado.

Dicho restablecimiento estará sujeto al pago de una prima suficiente para mantener la póliza en vigor y cualquier otra deuda derivada de este contrato, con un recargo calculado a la tasa de interés técnico del seguro conforme a la moneda que corresponda al momento del restablecimiento.

4.24 Fondo de inversión

Por cada póliza se llevará una cuenta de fondo de inversión, la cual se constituirá de los dotales a corto plazo vencidos, más los rendimientos mensuales que se generen.

Durante la vigencia de la póliza el contratante podrá solicitar el retiro total o parcial de su fondo.

El monto total que se encuentre en el fondo de inversión al término de la vigencia de la póliza será entregado al asegurado en caso de sobrevivencia del mismo.

El monto total que se encuentre en el fondo de inversión al momento del fallecimiento del asegurado será entregado al beneficiario.

MAPFRE invertirá el fondo en valores de renta y a plazos fijos de los documentos emitidos por Instituciones de Crédito y por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones que permitan obtener el mejor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad pero también con la liquidez necesaria, y de acuerdo con reglas para la inversión emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014.

MAPFRE buscará el mayor rendimiento posible en las inversiones del fondo de inversión, sin que esto signifique que se está garantizando un rendimiento predeterminado; esto debido a las fluctuaciones del mercado.

Si el contratante dejare de cubrir una prima dentro del período de gracia, ésta se pagará del saldo de la cuenta del fondo de inversión siempre que éste así lo permita.

4.25 Estado de cuenta

MAPFRE entregará al contratante un estado de cuenta en el que se mostrará los dotales a corto plazo, los rendimientos mensuales, los retiros y el saldo acumulado del fondo de inversión, al menos dos veces al año al domicilio registrado en el presente contrato..

4.26 Entrega de información

MAPFRE está obligada a entregar al contratante o asegurado de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud requisitada para la celebración del presente contrato

Bajo el caso número uno, MAPFRE dejará constancia de la entrega de información y en el caso del numeral dos, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de la información.

Para los casos en que el contratante y/o asegurado no cuente con correo electrónico o bien no tengan acceso a la página de internet, la entrega será por medio del agente de seguros.

Si el contratante o asegurado no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la información a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos (55) 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 01 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.mapfre.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente póliza, el contratante y/o asegurado, deberá presentar la orden de trabajo firmada por el contratante y el asegurado solicitando la cancelación de su póliza. Para que MAPFRE efectúe el movimiento se deberá anexar póliza original completa. El contratante y/o asegurado podrán adquirir la orden de trabajo a través del agente de seguros, de las oficinas de MAPFRE o bien directamente de la página de Internet www.mapfre.com.mx.

4.27 Últimos gastos

MAPFRE se obliga, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, siempre que hubieren

transcurrido más de dos años desde su inicio de vigencia, a pagar una parte de la indemnización que corresponda al beneficiario designado al efecto en la póliza con la sola presentación del acta y certificado de defunción del asegurado.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a MAPFRE el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la compañía.

El porcentaje que se adelantará será del 10% de la indemnización que corresponda por la cobertura por fallecimiento con un tope máximo de 1,500 Unidades de Medida y Actualización vigentes en la Ciudad de México.

En caso de que existan dos o más pólizas del mismo asegurado, esta cláusula operará solo sobre una de las pólizas.

La cantidad que por este concepto indemnice MAPFRE, será descontada de la liquidación final a que tenga derecho el beneficiario al que se le pagó el anticipo.

4.28 Interés moratorio

En caso de que MAPFRE, no obstante, de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al beneficiario o al asegurado según sea el caso en términos de lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas una indemnización por mora.

4.29 Agravación del riesgo

Las obligaciones de MAPFRE cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra

persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Finalmente se indica que la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Las obligaciones de MAPFRE quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el contratante, el asegurado o beneficiario realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de MAPFRE, si el contratante, el asegurado o beneficiario, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del contratante, asegurado o beneficiario sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MAPFRE tenga conocimiento de que el nombre del contratante, asegurado o beneficiario deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

MAPFRE consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con

posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

4.30 Aspectos fiscales

Se aplicará la normativa fiscal vigente conforme a la descripción y características del presente seguro contratado; al momento del pago de la reclamación presentada.

4.31 Rehabilitación

En el caso en que el contratante deje de pagar las primas correspondientes, o solicite el rescate, o decida cancelar la póliza, no podrá pedir la rehabilitación de la póliza

4.32 Renovación garantizada

El presente contrato no cuenta con renovación garantizada.

4.33 Pérdida del derecho a ser indemnizado

Las obligaciones de MAPFRE quedarán extinguidas:

De conformidad con el Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

4.34 Terminación y/o cancelación del contrato

Este contrato de seguro terminará sin obligación posterior para MAPFRE, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el contratante solicite la cancelación de la póliza por escrito a MAPFRE, haciendo efectiva la cláusula “Valores garantizados” bajo el concepto de rescate.
- b) Por la ocurrencia de los eventos amparados en este contrato.
- c) Por el término de la vigencia del contrato (vencimiento).
- d) Por la omisión o inexacta declaración del contratante y/o asegurado que se detecten durante la vigencia de la póliza. Esto con fundamento en la cláusula “Omisiones e inexactas declaraciones”.

4.35 Plazo para el pago de una indemnización.

El plazo para el pago de la indemnización que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación (Artículo 71 la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

4.36 Descuentos en edad

No se aplicará ningún descuento a la edad de los asegurados en ninguna de las coberturas ofertadas en este plan.

Capítulo 5. Procedimiento para reclamar una indemnización

Si ocurre cualquiera de los eventos previstos en el presente contrato, los beneficiarios o el asegurado, según sea el caso, podrán tramitar el pago de la reclamación de acuerdo al siguiente procedimiento:

5.1 Acudir e informar a su agente de seguros sobre el evento ocurrido y entregarle los siguientes documentos, para que éste inicie con el trámite de la reclamación ante MAPFRE:

I. Fallecimiento del asegurado

- A. Póliza o contrato original si lo tuviera o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
- B. Facturas originales de pago de primas, si lo tuviera.
- C. Acta de defunción original o copia certificada ante notario público.
- D. Certificado de defunción original o copia certificado ante notario público.
- E. Identificación oficial vigente de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla).
- F. Acta de nacimiento original o copia certificada ante notario público de los beneficiarios.
- G. Acta de matrimonio original o copia certificada ante notario público (solo si el cónyuge es beneficiario).
- H. En caso de que el beneficiario sea extranjero: documento legal que acredite su legal estancia en el país.
- I. Copia de CURP (Clave única de Registro de Población) o RFC (Registro Federal de Contribuyentes) de los beneficiarios.
- J. Copia de comprobante de domicilio de los beneficiarios no mayor a tres meses de antigüedad.
- K. Acta de defunción del beneficiario (en caso de que alguno haya fallecido) original o copia certificada ante el notario público.
- L. Formato de reclamación
- M. Estado de cuenta

II. Supervivencia del asegurado

- A. Póliza o contrato original si lo tuviera o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
- B. Factura original de pago de prima, si lo tuviera.
- C. Estado de cuenta bancaria del beneficiario, no mayor a tres meses de antigüedad.

III. Invalidez total y permanente

- A. Póliza o contrato original si lo tuviera o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
- B. Recibos originales de pago de primas, si los tuviera.
- C. Identificación oficial vigente del asegurado (credencial para votar,

pasaporte, cédula profesional, cartilla).

D. Acta de nacimiento original o copia certificada ante notario público del asegurado.

E. Original o copia certificada del dictamen de invalidez expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Instituto Mexicano de Trabajadores al Servicio del Estado o por algún médico debidamente autorizado para ejercer la profesión de medicina. No obstante lo anterior, MAPFRE se reserva el derecho de practicar cualquier examen médico que considere para determinar el estado de invalidez.

F. Expediente clínico completo manifestando la evolución del padecimiento.

G. Actuaciones del Ministerio Público en caso de la invalidez haya sido consecuencia de un accidente.

H. Formato de reclamación

I. Estado de cuenta bancaria del beneficiario, no mayor a tres meses de antigüedad.

El agente de seguros le deberá entregar al reclamante acuse de recepción de los documentos entregados.

5.2 El reclamante podrá acudir a la oficina de MAPFRE más cercana a su domicilio para la entrega de los documentos antes indicados e iniciar con el trámite de la reclamación. En la Unidad de servicios al cliente se le entregará acuse de recepción de los documentos entregados.

La información sobre servicio al cliente de MAPFRE se encuentra en la dirección de internet <https://www.mapfre.com.mx/seguros-mx/servicios-al-cliente/>

En caso de no ser atendido en nuestras Unidades de servicios al cliente, el reclamante podrá comunicarse a los teléfonos (55) 5230 7120 en la Ciudad de México o al 01 800 0 MAPFRE (627 373) lada sin costo, desde el interior del país para recibir información sobre el trámite.

El trámite dará inicio hasta que MAPFRE cuente con todos los documentos indicados en el punto uno de este apartado, por lo que es necesario ingresar la documentación completa.

Capítulo 6. Aplicaciones legales

El presente condicionado, hace referencia a los siguientes preceptos legales

6.1 Artículos de la 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 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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.

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

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 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra

persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro;

Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

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.

Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. 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 empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 173.- Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas

cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho.

El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.

Artículo 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Artículo 187.- Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiarios de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun 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. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

6.2 Artículos referidos 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.

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I.- Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de

cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los Artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del Artículo 400 Bis del mismo Código, y

II.- Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la

materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el Artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el Artículo 46 fracción XV, en relación con el Artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los Artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

6.3 Artículos referidos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada institución financiera deberá contar con una unidad especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios. Dicha unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El titular de la unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la institución financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación.

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público.

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las instituciones financieras.

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción y.

V. El titular de la unidad especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la institución financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la unidad especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las instituciones financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la unidad especializada. Los usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la unidad especializada de la institución financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las unidades especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario o en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o

en la Unidad Especializada a que se refiere el Artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Capítulo 7. Anexos

MAPFRE, hace de su conocimiento al contratante, asegurado y beneficiarios, la siguiente información:

7.1 Datos de la Unidad Especializada de Atención de Usuarios (UNE)

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono: (55) 5230 7090 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx

7.2 Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: 55 5340 0999 y 800 999 8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o página de internet www.condusef.gob.mx.

MAPFRE México S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en www.mapfre.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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de Octubre de 2020, con el número CNSF-S0041-0318-2020/CONDUSEF-004437-02”.

**Para mayores informes
consulta a tu agente MAPFRE.**

En la ciudad de México

55 5230 7000

del Interior de la República

SIN COSTO

8000 627373

www.mapfre.com.mx