

CONDICIONES GENERALES

UNIT LINKED MAPFRE

Contenido

Capítulo 1. Objeto del seguro.....	2
Capítulo 2. Definiciones	2
Capítulo 3. Descripción de coberturas.....	6
Capítulo 4. Primas	20
Capítulo 5. Funcionamiento del Seguro	21
Capítulo 6. Cláusulas Generales	24
Capítulo 7. Aspectos Fiscales	32
Capítulo 8. Procedimiento para reclamar una indemnización	34
Capítulo 9. Aplicaciones legales referidas	35
Capítulo 10. Anexos	46
Condiciones Particulares	48

Capítulo 1. Objeto del seguro

Se trata de un seguro de vida en el cual las primas pagadas por el contratante, una vez deducidos los costos asociados, se vincularán a las inversiones elegidas por el contratante, quien asume el riesgo de inversión.

MAPFRE México S.A., a quien en adelante se denominará como MAPFRE, es la compañía aseguradora responsable de pagar la indemnización correspondiente al fondo de ahorro acumulado, al asegurado, siempre que llegue con vida al vencimiento del contrato; o bien, de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios, o al asegurado por las coberturas contratadas.

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 Aportaciones totales

Las aportaciones totales son las que se conforman por la prima inicial, las primas adicionales y las primas extraordinarias.

2.3 Asegurado

Es la persona física amparada en este contrato, por la(s) cobertura(s) indicada(s) en la póliza. Deberá ser el contratante de la póliza.

2.4 Beneficiario (s)

Persona(s) designada(s) por el asegurado para hacer efectivo el cobro de la indemnización de las coberturas contratadas.

2.5 Contratante

Es la persona cuya propuesta de seguro fue aceptada por MAPFRE en los términos consignados en el contrato de seguro con base en los datos e informes proporcionados. Tiene a su cargo la obligación del pago de la prima correspondiente y demás obligaciones que se establecen en el contrato de seguro.

2.6 Contrato de seguro

La documentación contractual compuesta por: la solicitud de seguro, la póliza, estas condiciones generales, las condiciones particulares y los endosos a la póliza, la cual constituyen el testimonio completo del contrato de seguro.

2.7 Costo de cobertura

Es el monto que se deduce del fondo de ahorro para mantener vigente la(s) cobertura(s) que se haya(n) contratado.

2.8 Costo por fondo especial

Costo a cargo del contratante para la constitución del fondo especial de seguros de vida según lo que disponga la Circular Única de Seguros y Fianzas. Este costo se aplica a las primas pagadas por el contratante.

2.9 Costo sobre fondo de ahorro

Es el costo en el que MAPFRE incurre por la administración y operación del seguro.

2.10 Costo sobre primas

Es el monto que MAPFRE eroga para el pago de la intermediación por la venta, por la promoción de este seguro y por la administración del mismo. Este costo se aplica a las primas pagadas por el contratante.

2.11 Deducciones

Corresponde a la suma del costo de cobertura, costo por fondo especial, costo sobre fondo de ahorro y costo sobre primas.

2.12 Derecho de póliza

Monto que corresponde a los gastos que el contratante se obliga a pagar a MAPFRE por la expedición de la póliza.

2.13 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.

2.14 Estilo de vida

Forma en que vive una persona; las cosas que una persona o un grupo particular de personas usualmente hacen.

2.15 Enfermedad

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

2.16 Fondo de ahorro

Es el monto que se constituye a partir de las primas pagadas, menos las deducciones correspondientes más el rendimiento acumulado.

2.17 Factura electrónica

Es el documento expedido por MAPFRE en el que se establece la prima que deberá pagar el contratante únicamente por las coberturas contratadas.

2.18 Indemnización

Es el pago que MAPFRE realiza a los beneficiarios o al asegurado, correspondiente a las coberturas contratadas o al vencimiento del plan, de acuerdo con lo establecido en las presentes condiciones generales.

2.19 Inversiones

Se refiere a los fondos de inversión que el contratante vinculará a su póliza al momento de la celebración del contrato de seguro.

2.20 Monto mínimo de permanencia

Es el monto mínimo que debe permanecer en el fondo de ahorro y que se establece en las condiciones particulares.

2.21 Modalidad de contratación

Corresponde a la contratación del seguro bajo la opción “deducible de impuestos” o “no deducible de impuestos”.

La opción “Deducible de impuestos” operará según lo dispuesto en el artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y al no contratarse bajo esta modalidad, se entenderá que la contratación es “No deducible de impuestos”.

2.22 Período de gracia

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

2.23 Póliza

Es el documento en el que constan los datos generales del contrato de seguro, tales como nombre del contratante, nombre del asegurado, edad, suma asegurada, seguro contratado, beneficiario, firma de la compañía y en general los que permiten identificar el seguro contratado.

2.24 Prima

Cantidad de dinero que el contratante ingresa a MAPFRE en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

a. Prima inicial

Es la prima que el contratante paga a MAPFRE al momento de la contratación de este seguro.

b. Primas adicionales

Son las primas subsecuentes que el contratante podrá ingresar a MAPFRE en montos iguales y en forma periódica.

c. Primas extraordinarias

Son las primas que el contratante podrá ingresar a MAPFRE en cualquier momento durante la vigencia de la póliza y por cualquier monto.

2.25 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.

2.26 Rendimiento

Es la ganancia acreditada al fondo de ahorro a través de las unidades de participación

conforme al valor de liquidación vigente al momento de su acreditación.

2.27 Reserva de riesgo en curso

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

2.28 Retiro

Disposición de dinero que el contratante puede realizar del fondo de ahorro durante la vigencia de la póliza.

2.29 Signos

Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado mediante pruebas de gabinete, laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

2.30 Siniestro

Es la ocurrencia de: fallecimiento del asegurado, enfermedad grave del asegurado o invalidez total y permanente del asegurado, que se puede presentar durante la vigencia de la póliza.

2.31 Síntomas

Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

2.32 Solicitante

Es la persona física que desea ser amparada por la cobertura de este contrato.

2.33 Solicitud de seguro

Documento que comprende la voluntad del contratante y solicitante 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.

2.34 Suma asegurada

Es el monto que MAPFRE pagará al asegurado o a los beneficiarios designados al ocurrir el riesgo o evento amparado en el contrato de seguro de acuerdo a lo consignado en la póliza, sin considerar el fondo de ahorro.

2.35 Unidades de participación

Es la representación en títulos o acciones de cada inversión vinculada al fondo de ahorro.

2.36 Valor de liquidación

Es el valor de las unidades de participación a una fecha de valuación; este valor deberá reflejar el rendimiento de las inversiones a las cuales se vinculan las unidades de participación.

2.37 Valor de rescate

Cantidad que le correspondería al contratante en caso de cancelar la póliza de seguro.

2.38 Vigencia del contrato

Plazo durante el cual, el asegurado contará con protección por parte de MAPFRE.

Capítulo 3. Descripción de coberturas

3.1 Fallecimiento

En caso de que el asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza; MAPFRE pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada más el fondo de ahorro acumulado a la fecha de fallecimiento.

En caso de que el asegurado llegue con vida al vencimiento del seguro, MAPFRE le pagará al asegurado el monto total del fondo de ahorro acumulado a la fecha del vencimiento.

La suma asegurada a indemnizar se establecerá en la póliza.

3.2 Coberturas que pueden ser contratadas de forma específica con costo a cargo del asegurado

3.2.1 Muerte accidental (MA)

Sí a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo el asegurado fallece, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada más el fondo de ahorro acumulado a la fecha de fallecimiento.

Esta cobertura operará siempre que se indique en la póliza

La suma asegurada a indemnizar se establecerá en la póliza.

Exclusiones aplicables para la cobertura de muerte accidental
La indemnización por esta cobertura no será pagada por MAPFRE en aquellos casos en que el fallecimiento se deba a:

A. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

B. Enfermedades, padecimientos, tratamiento médico o quirúrgico, de cualquier naturaleza, salvo cuando sea motivo por lesiones accidentales.

- C. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- D. Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- E. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- F. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad y resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- G. Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y 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.**
- Estas actividades si se practican en forma amateur o profesional pueden quedar cubiertas mediante el pago de una extraprima.**
- I. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- J. Padecimientos mentales o corporales.**
- K. Aborto (s) cualquiera que sea la causa, excepto accidental.**
- L. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**

M. Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.

N. Lesiones sufridas por el asegurado estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulantes o similares, excepto que sean prescritos por un médico y así quede demostrado.

O. Envenenamiento cualquiera que sea su naturaleza.

P. Cuando el asegurado tenga una cantidad de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro, o de alcohol en aire expirado superior a 0.4 miligramos por litro.

Q. Suicidio, cualquiera que sea su causa.

R. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio asegurado.

S. Accidentes que ocurran por la participación de cualquier forma de navegación submarina.

T. Accidentes ocurridos a consecuencia de la intervención del asegurado en la comisión de un delito.

U. Las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.

3.2.2 Exención por invalidez total y permanente (BIT)

De ser contratada esta cobertura y se indique en la póliza, el contratante gozará del beneficio de exención por invalidez total y permanente, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

Invalidez total y permanente

Para efectos de esta cláusula 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 y aptitudes, del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente no sean susceptibles de ser corregidos utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha del dictamen, siempre y cuando éstos se encuentren

al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica y que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses; a este periodo se le conoce como periodo de espera.

Causas inmediatas de invalidez total y permanente

Los siguientes casos también se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera arriba mencionado para 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 la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

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.

Accidente

Para efectos de esta cláusula se considera un accidente como el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones en la persona del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez total y permanente.

Enfermedad

Para efectos de esta cláusula se considera como la alteración de la salud ocasionada por un agente morboso de origen interno o externo que ocasione un estado de invalidez total y permanente.

Beneficio de la cobertura

MAPFRE, conviene en eximir al contratante el pago del costo de la cobertura de fallecimiento que le corresponda al asegurado al que, durante la vigencia de la póliza, se le haya dictaminado un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, siempre que haya transcurrido un periodo de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen, salvo lo establecido para las causas inmediatas de invalidez total y permanente antes mencionadas y que MAPFRE reconozca el estado de invalidez total y permanente.

Pruebas

Para que MAPFRE exima del pago del costo de cobertura al contratante, 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, a su costa, las pruebas que juzgue convenientes 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 o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, 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 total y permanente, MAPFRE cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

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

Cancelación automática

La vigencia de esta cláusula cesará automáticamente sin que se requiera declaración o notificación de MAPFRE en el momento que:

- a) Termine la vigencia del seguro
- b) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por cualquier causa o rescate.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiere el inciso c), del costo de cobertura total, se deducirá el importe del costo de cobertura para esta cláusula.

Las condiciones generales que rigen el seguro contratado también se aplicarán a esta cláusula siempre que no sean contrarias a lo pactado en la presente.

Exclusiones aplicables para la cobertura de exención por invalidez total y permanente.

La indemnización y beneficios a que se refiere la presente cláusula de exención por invalidez total y permanente, no procederán en aquellos casos en que la invalidez se deba a:

A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio 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 delictuosos cometidos por el propio 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 de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

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, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas, igualmente peligrosas.

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 póliza.

I. Padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio

de vigencia del contrato de seguro, que fueron valorados 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.

J. Cualquier intento de suicidio.

K. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

L. Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.

M. Lesiones que sufra el asegurado por negligencia grave o temeridad, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

3.2.3 Suma asegurada adicional por invalidez total y permanente (BIPA)

De ser contratada esta cobertura y se indique en la póliza, el contratante gozará del beneficio de invalidez total y permanente, contenido en la presente cláusula, de conformidad con lo siguiente:

Invalidez total y permanente

Para efectos de esta cláusula 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 y aptitudes, del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente no sean susceptibles de ser corregidos utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha del dictamen, siempre y cuando éstos se encuentren al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica y que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses; a este periodo se le conoce como periodo de espera.

Causas inmediatas de invalidez total y permanente

Los siguientes casos también se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el periodo de espera arriba mencionado para 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 la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

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.

Accidente

Para efectos de esta cláusula se considerará un accidente como el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones en la persona del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez total y permanente.

Enfermedad

Alteración de la salud ocasionada por un agente morboso de origen interno o externo que ocasione un estado de invalidez total y permanente.

Beneficio de la cobertura

MAPFRE conviene en pagarle al asegurado al que se le haya dictaminado un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, la suma asegurada contratada para este beneficio, siempre que haya transcurrido un periodo de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen y que MAPFRE reconozca el estado de invalidez total y permanente.

La suma asegurada a indemnizar será la indicada en la póliza.

Pruebas

Para que MAPFRE efectúe el pago de la suma asegurada, 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, a su costa, las pruebas que juzgue convenientes 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 o

médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, 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 total y permanente, MAPFRE cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

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

Cancelación automática

La vigencia de esta cláusula cesará automáticamente sin que se requiera declaración o notificación de MAPFRE en el momento que:

- a) Termine la vigencia del seguro
- b) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por cualquier causa o rescate.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiere el inciso c), del costo de cobertura total se deducirá el importe del costo de cobertura para esta cláusula.

Las condiciones generales que rigen el seguro contratado también se aplicarán a esta cláusula, siempre que no sean contrarias a lo pactado en la presente.

Exclusiones aplicables para la cobertura de suma asegurada adicional por invalidez total y permanente.

La indemnización y beneficios a que se refiere la presente cláusula de suma asegurada adicional por invalidez total y permanente, no procederán en aquellos casos en que la invalidez se deba a:

A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio 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 delictuosos cometidos por el propio 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 viaje 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 de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

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, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas, igualmente peligrosas.

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 póliza.

I. Padecimientos que se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de seguro, que fueron valorados 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.

J. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

K. Cualquier intento de suicidio.

L. Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico

M. Lesiones que sufra el asegurado por negligencia grave o temeridad, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

3.2.4 Enfermedades graves (EG)

De ser contratada esta cobertura y se establezca en la póliza, el asegurado gozará el beneficio de enfermedades graves, contenido en esta cláusula, de conformidad con lo siguiente:

Para efectos de esta cláusula, considerará “Enfermedad Grave”, aquella enfermedad cubierta que sea diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza y después de transcurrido el periodo de espera de 60 días contados a partir de la fecha de vigencia de la cobertura.

Enfermedades cubiertas:

I. Cáncer: Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas. La invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo.

II. Accidente Vascular Cerebral: Consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duren más de 24 horas, que permanezcan por un espacio superior a 6 semanas y que sean de naturaleza permanente. Incluye infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización en donde se incluyan los registros de exámenes radiológicos (Tomografía Axial Computada y/o Resonancia Magnética)

donde se documente la lesión.

III. Infarto al Miocardio: Consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas sugerentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio. Para poder indemnizar esta cobertura, la fracción de expulsión debe ser menor a 30% (cantidad de sangre que expulsa el corazón), esta determinación debe ser obtenida por medios angiográficos, eco cardiográficos o de medicina nuclear.

IV. Revascularización Coronaria: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir un estrechamiento u obstrucción mayor al 60%, por medio de puente aorto-coronario. Se deberá de documentar en este tipo de cirugía la realización de circulación extra corpórea durante el acto quirúrgico.

V. Insuficiencia Renal Crónica: La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesaria regularmente diálisis en su modalidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

VI. Trasplante de Órganos: Es todo procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el periodo de vigencia de esta cobertura, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona cualquiera de los órganos (o parte de alguno de ellos) que se mencionan a continuación provenientes de un donante vivo o fallecido:

- Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.
- Médula ósea autóloga para: Linfoma de no-Hodking, Estado III A o B, Estado IV A o B; Linfoma de Hodking, Estado III A o B, Estado IV A o B; Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso; Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso; Tumores de célula germen (gameto).
- Médula ósea alogénica para: Anemia aplásica; Leucemia aguda; Inmunodeficiencia combinada severa; Síndrome de Wiskott-Aldrich; Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers-Schonberg u Osteopetrosis generalizada); Leucemia mielógena crónica (LMC); Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores a un año; Beta talasemia homocigote (talasemia mayor); Linfoma de Hodking, Estado III A o B, Estado IV A o B; Linfoma de no-Hodking, Estado III o Estado IV.

VII. Enfermedad de Alzheimer: Es el declinar desde un nivel previo de función

cognoscitiva, con efectos sobre memoria dando lugar a desorientación, escaso juicio, baja concentración, afasia, apraxia, y que además amerite de terceras personas para su vigilancia, cuidado y alimentación.

VIII. Enfermedad de Parkinson en estado avanzado: Se define como la degeneración de neuronas del sistema dopaminérgico, que provoca temblor de reposo en piernas, manos, cara y lengua que siempre esté asociado a anomalías posturales con flexión de cabeza, tronco, flexión de rodillas, codos y con deformidades posicionales de las manos. Para los fines de la cobertura estará condicionado a que:

- No pueda controlarse con medicación,
- Muestre signos de evolución del daño, y
- La valoración de las actividades de la vida cotidiana confirme la inhabilidad del asegurado para realizar, sin asistencia, tres o más de las siguientes: bañarse, vestirse, ir al baño, salir o entrar en la cama o en una silla, comer.

IX. Parálisis Total y permanente: La pérdida total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la función de los miembros secundario al problema neurológico.

Beneficio

MAPFRE conviene en pagar al asegurado afectado, la suma asegurada contratada para esta cobertura, siempre y cuando éste sobreviva 45 días posteriores a la fecha del diagnóstico de la enfermedad, y se haya presentado a MAPFRE la documentación clínica que confirme este padecimiento.

La suma asegurada a indemnizar será la indicada en la póliza.

Pruebas

Para que una condición sea considerada como una enfermedad cubierta y MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado deberá presentar pruebas del diagnóstico hecho por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, copias del expediente clínico hospitalario, los exámenes de laboratorio, rayos x, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de pruebas en los que fue basado dicho diagnóstico.

Esta cláusula será disputable por falsas e inexactas declaraciones durante toda la vigencia de la cobertura.

Cancelación automática

Esta cláusula quedará cancelada automáticamente en cualquiera de las siguientes situaciones, la que ocurra primero:

- a) Termine la vigencia del seguro
- b) Cuando el asegurado afectado reciba cualquier pago de suma asegurada consecuencia del diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula.
- c) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por cualquier causa o rescate.
- d) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiere el inciso d), del costo de cobertura total se deducirá el importe de costo de cobertura adicional para esta cláusula.

Exclusiones aplicables para la cobertura de enfermedades graves.

Esta cobertura no cubre, lo siguiente:

A. Enfermedades preexistentes, son aquellas que antes de la vigencia de la póliza o durante el periodo de espera de 60 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, según corresponda, fueron valoradas por un médico legalmente autorizado o diagnosticadas mediante un resumen clínico, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

B. Padecimientos congénitos: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, incluso después de varios años.

C. Cánceres in-situ de cualquier localización, cánceres de la piel (con excepción del melanoma maligno) y tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.). Los cánceres de la próstata que por histología permanezcan en la etapa T1, o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

D. Enfermedades de las arterias coronarias que requieran

angioplastia y/o colocación de stent, y cualquier otra técnica que no sea cirugía de revascularización como se definió en el párrafo de enfermedades cubiertas.

E. Enfermedades que requieran reemplazo o plastia de válvulas cardiacas.

F. Enfermedades causadas directamente por:

- **Lesiones o padecimientos inferidas intencionalmente por el propio asegurado;**
- **Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva;**
- **Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos;**
- **Desórdenes mentales, emocionales o nerviosos, alcoholismo, abuso o adicción a drogas o sustancias estupefacientes;**
- **Intento de suicidio.**

G. Cualquier enfermedad relacionada con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H).

H. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

I. La enfermedad inducida por medicamentos tóxicos.

Capítulo 4. Primas

4.1 Prima inicial

Esta prima deberá pagarse al momento de la contratación del seguro y su monto se indicará en la póliza.

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

4.2 Prima adicional

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá ingresar primas adicionales con montos fijos y con periodos definidos de pago. El monto de las primas y el período de pago de las mismas se establecerán al momento de la contratación del

seguro.

MAPFRE realizará el cobro conforme a la periodicidad y monto establecidos.

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

4.3 Primas extraordinarias

El contratante podrá ingresar, en cualquier momento de la vigencia de la póliza, primas extraordinarias. El pago de estas primas es opcional por lo que no se fijan al momento de la contratación del seguro y no tienen una periodicidad establecida.

En caso de que el contratante desee ingresar primas extraordinarias, deberá hacerlo por los medios que MAPFRE ponga a su disposición o a través de su intermediario de seguro.

Capítulo 5. Funcionamiento del seguro

5.1 Selección de inversiones

El contratante podrá elegir, dentro de las disponibles para su plan, las inversiones a las que se vincularán las primas pagadas.

Una vez elegidas las inversiones, el contratante asignará el porcentaje de prima que destinará a cada una de ellas, de tal manera que la suma de los porcentajes de todas las inversiones sea el 100% en distribución y en monto de prima.

5.2 Fondo de Ahorro

Pagada la prima inicial, a ésta se le descontarán en forma anticipada el costo sobre prima, el costo por fondo especial, el costo sobre fondo de ahorro proporcional al cierre de mes de inicio de vigencia de la póliza, y el costo de cobertura proporcional al cierre del mes de inicio de vigencia de la póliza.

Una vez descontados los importes indicados, el remanente se vinculará a unidades de participación de acuerdo a la asignación de porcentajes de cada inversión establecida por el contratante.

Si el contratante decide ingresar primas adicionales y/o primas extraordinarias, se descontarán los costos sobre prima y por fondo especial para después vincularse a unidades de participación.

El fondo de ahorro estará constituido por el valor de las inversiones elegidas por el contratante con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación.

El fondo especial se constituye de acuerdo a lo que dispone el Título 20, Capítulo

20.1 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y tiene como finalidad que las instituciones de seguros autorizadas cuenten con recursos financieros para en caso necesario, apoyen al cumplimiento de sus obligaciones, frente a los contratantes, asegurados y beneficiarios de sus pólizas de seguros, por lo cual, no forma parte de la indemnización que recibirá el asegurado o beneficiarios.

5.3 Revalorización mensual

El fondo de ahorro se actualizará al final de cada mes, conforme al año calendario. La actualización consistirá en descontar los costos sobre el fondo de ahorro, así como el costo por las coberturas contratadas, mediante la disminución de unidades de participación de cada inversión vinculada a la póliza, para lo cual, se calculará el número de unidades de participación equivalentes a los montos a descontar de cada inversión, con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación del mes correspondiente y de acuerdo a la asignación de porcentajes de cada inversión a ese momento.

5.4 Suficiencia del fondo de ahorro

La póliza permanecerá vigente, siempre y cuando, el fondo de ahorro mantenga el monto mínimo de permanencia y éste permanezca con saldo positivo en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

Si durante la vigencia de la póliza, el monto del fondo de ahorro fuera menor al monto mínimo de permanencia, MAPFRE procederá a cancelar la póliza en forma automática, al cierre del mes en que se haya reportado el monto menor al monto mínimo de permanencia y procederá la indemnización conforme a lo establecido en la cláusula “Rescate total”.

El monto mínimo de permanencia del fondo de ahorro se establece en las condiciones particulares de la póliza.

5.5 Movimientos en las inversiones y en el fondo de ahorro

El contratante podrá realizar los siguientes movimientos:

5.5.1 Reasignación de inversiones

El contratante tendrá la opción de realizar transferencias entre las inversiones vinculadas a la póliza, pudiendo distribuirlas de la forma que determine de acuerdo a sus necesidades de inversión.

Estos movimientos podrá realizarlos de acuerdo con lo establecido en las condiciones particulares.

Por cada movimiento MAPFRE aplicará un costo por transferencia que se establecerá en las condiciones particulares.

El movimiento aplicado por las transferencias realizadas, así como los rendimientos acreditados se verán reflejados en el plazo que se indica en las

condiciones particulares.

5.5.2 Retiro parcial

El contratante podrá realizar retiros parciales del fondo de ahorro de acuerdo con lo establecido en las condiciones particulares.

Por cada movimiento MAPFRE aplicará un costo por retiro que se establecerá en las condiciones particulares, así como las retenciones fiscales que correspondan.

Cualquier retiro parcial efectuado no dará lugar a la cancelación de la póliza, salvo que el movimiento genere efectos en el fondo conforme a lo establecido en la cláusula “Suficiencia del fondo de ahorro”.

Por cada movimiento que haya realizado el contratante, MAPFRE deberá de entregar a éste, el documento donde conste el movimiento solicitado.

5.5.3 Rescate total

El valor de rescate es el único valor garantizado que otorga este seguro y los recursos se entregarán con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación. Podrán darse por las siguientes causas:

a. A solicitud del contratante

El contratante tendrá la opción de rescatar su plan en los términos establecidos en las condiciones particulares. Este rescate comprenderá el retiro total de sus inversiones con los rendimientos ganados hasta el momento de su solicitud.

MAPFRE deducirá del monto total de rescate, la penalización establecida en las condiciones particulares y se le aplicarán las retenciones fiscales correspondientes según la modalidad contratada.

Para obtener el rescate, 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, la póliza quedará cancelada automáticamente a partir de la fecha de la solicitud. No existirá opción a desistir de la cancelación.

Una vez efectuado el rescate, MAPFRE emitirá el documento correspondiente que servirá como constancia de la autorización de ambas partes, quedando MAPFRE sin obligación alguna por cualquier indemnización derivada de este contrato.

b. Por cancelación automática por no cumplir el monto de permanencia

El valor de rescate bajo esta causa, se dará en automático, según lo establecido en la cláusula “Suficiencia del fondo de ahorro” sin necesidad de que el contratante lo solicite por escrito.

MAPFRE deducirá del monto total de rescate, el monto de penalización vigente al momento de la solicitud y se le aplicarán las retenciones fiscales correspondientes según la modalidad contratada.

Al momento de que MAPFRE genere el movimiento de rescate, la póliza quedará cancelada automáticamente a partir de la fecha de la solicitud, sin opción a desistir de la cancelación.

Una vez efectuado el rescate, MAPFRE emitirá el documento correspondiente que servirá como constancia de la autorización de ambas partes, quedando MAPFRE sin obligación alguna para cualquier indemnización derivada de este contrato.

Capítulo 6. Cláusulas generales

6.1 Beneficiario

El asegurado tiene el derecho a designar y cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario, debiendo constar por escrito el cambio de beneficiario. Para este efecto, deberá notificar por escrito a MAPFRE, expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios para su anotación en el endoso respectivo de la póliza, así como el porcentaje a indemnizar a cada uno de ellos.

En caso de que MAPFRE no reciba oportunamente dicha notificación de cambio, el asegurado conviene en que se pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado, ya sea en la póliza o en el endoso respectivo.

El asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar al beneficiario del presente contrato. Para que esta renuncia produzca sus efectos, se deberá hacer constar en la póliza y comunicárselo así al beneficiario de acuerdo con lo ordenado por el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado para el caso de fallecimiento. Para el caso de sobrevivencia, será el asegurado quien cobre la indemnización correspondiente.

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 mueran simultáneamente, o bien, cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación de beneficiario. (Artículo 175 fracción III Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cuando haya varios beneficiarios, la parte del que muera, antes que el asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios sobrevivientes siempre que el asegurado no hubiera estipulado otra cosa. (Artículo 188 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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”.

6.2 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 póliza.

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

6.3 Edad

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MAPFRE, se aplicarán las reglas establecidas en el Artículo 172 de la Ley Sobre el 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 la edad del asegurado, 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 la edad, se hubiere pagado una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MAPFRE 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.

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, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que la prima cubierta hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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 momento de celebrarse el presente contrato de seguro o posteriormente, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, MAPFRE extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba al momento del pago del siniestro, de acuerdo con lo ordenado en el Artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para este plan son de 12 a 99 años.

Si al comprobar la edad, ésta resultara 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 de Seguro.

6.4 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.

6.5 Periodo de gracia

El contratante gozará de un día natural como plazo de gracia para pagar la prima inicial del contrato de seguro, plazo que comenzará a contar a partir de las 12 horas de inicio de vigencia de la póliza.

6.6 Estado de cuenta

MAPFRE entregará al contratante un estado de cuenta en el que se mostrará las aportaciones totales, los rendimientos mensuales, los retiros y el saldo acumulado del fondo de ahorro. Este documento se entregará, por lo menos, dos veces al año.

6.7 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.

6.8 Terminación y/o cancelación del contrato

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

siguientes supuestos:

- a) Por falta de liquidez en el fondo de ahorro de acuerdo a la cláusula denominada "Suficiencia del fondo de ahorro".
- b) Cuando el contratante solicite la cancelación de la póliza por escrito a MAPFRE, haciendo efectiva la cláusula denominada, "Rescate total".
- c) Por la ocurrencia del siniestro.
- d) Por el término de la vigencia del contrato (vencimiento)
- e) Por omisión o falsas declaraciones del contratante y/o asegurado que se detecten durante la vigencia de la póliza.

6.9 Rehabilitación

En el caso en que el contratante decida cancelar la póliza o solicite el rescate del fondo de ahorro, no podrá solicitar la rehabilitación de la póliza.

6.10 Disputabilidad

Este contrato sólo podrá ser disputable en los cinco primeros años a partir de su celebración exceptuando los casos de omisión o de inexacta declaración de los hechos importantes al describir el riesgo que sirvieron de base para su celebración, por parte del contratante o asegurado.

6.11 Modificaciones y notificaciones del contrato

Cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre el contratante y MAPFRE. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo con lo previsto por los párrafos segundo y cuarto del Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Por lo anterior, los intermediarios de seguros o cualquier otra persona, que no esté expresamente autorizada por MAPFRE, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

6.12 Rectificación de 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.

6.13 Renovación garantizada

Este contrato no cuenta con renovación garantizada debido a que su principal objetivo es la constitución de un fondo de ahorro a través de la vinculación de inversiones, cuyo monto acumulado se pagará al vencimiento del contrato o bien al fallecimiento del

asegurado.

6.14 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 del contrato. En caso de omisión o falsa declaración del asegurado y/o representantes de éste al momento de señalar las declaraciones en la solicitud en el apartado del cuestionario médico 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).

6.15 Carencia de restricciones

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

6.16 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 la póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del asegurado, la obligación de MAPFRE se limitará únicamente a pagar el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Adicional al pago de la reserva se pagará el valor del fondo de ahorro constituido en la fecha que ocurra el fallecimiento.

6.17 Comunicaciones

Todas las comunicaciones a MAPFRE deberán hacerse por cualquiera de los medios establecidos por ésta, pudiendo ser: directamente en el domicilio que aparece en la póliza, por la página web institucional o por el intermediario del seguro.

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

Los requerimientos y comunicaciones que MAPFRE deba hacer al contratante y/o asegurado o sus causahabientes, deberán ser realizado en el último domicilio que de ellos se conozca.

6.18 Competencia

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. 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 su domicilio.

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 MAPFRE, 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.

6.19 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro para la cobertura de fallecimiento 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.

6.20 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 por medio del intermediario de seguros.
- 2.- Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto, pudiendo ser por correo certificado o correo ordinario, o bien
- 3.- Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud del seguro de vida.

Bajo el caso número uno, MAPFRE dejará constancia de la entrega de la información y en los casos de los numerales dos y tres, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de la información, previo consentimiento expreso por

escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado.

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 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 seguro.

Para cancelar la póliza, el contratante deberá presentar a MAPFRE l a orden de trabajo firmada por el contratante solicitando la cancelación. El contratante y/o asegurado podrán adquirir la orden de trabajo a través del intermediario de seguros, de las oficinas de MAPFRE o bien directamente de la página de Internet www.mapfre.com.mx.

6.21 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.

6.22 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 de 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).

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 IX disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a 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.

6.23 Pérdida del derecho a ser indemnizado

Las obligaciones de MAPFRE quedarán extinguidas:

En caso de omisión o falsa declaración del asegurado y/o su representante al dar respuesta al cuestionario que aparece en la solicitud lo cual acarreará la rescisión de pleno derecho el contrato, aunque las falsas e inexactas declaraciones no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación prevista en el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Capítulo 7. Aspectos Fiscales

7.1 Se aplicará la normativa fiscal vigente conforme a la descripción, características de este tipo de seguro y a la modalidad elegida a la contratación del presente contrato, al momento del pago de la indemnización o rescate, según sea el caso.

Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

Este artículo aplicará, siempre que se indique en la póliza que el plan contratado corresponde a la modalidad “deducible de impuestos”.

Los contribuyentes a que se refiere el título IV de esta Ley, que efectúen depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro, realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro que al efecto autorice el Servicio de Administración Tributaria mediante disposiciones de carácter general, o bien adquieran acciones de los fondos de inversión que sean identificables en los términos que también señale el referido órgano desconcentrado mediante disposiciones de carácter general, podrán restar el importe de dichos depósitos, pagos o adquisiciones, de la cantidad a la que se le aplicaría la tarifa del Artículo 152 de esta Ley de no haber efectuado las operaciones mencionadas, correspondiente al ejercicio en que éstos se efectuaron o al ejercicio inmediato anterior, cuando se efectúen antes de que se presente la declaración respectiva, de conformidad con las reglas que a continuación se señalan:

- I.** El importe de los depósitos, pagos o adquisiciones a que se refiere este artículo no podrán exceder en el año de calendario de que se trate, del equivalente a \$152,000.00, considerando todos los conceptos. las acciones de los fondos de inversión a que se refiere este artículo quedarán en custodia del fondo de inversión al que correspondan, no pudiendo ser enajenadas a terceros, reembolsadas o recompradas por dicho fondo,

antes de haber transcurrido un plazo de cinco años contado a partir de la fecha de su adquisición, salvo en el caso de fallecimiento del titular de las acciones.

II. Las cantidades que se depositen en las cuentas personales, se paguen por los contratos de seguros, o se inviertan en acciones de los fondos de inversión, a que se refiere este artículo, así como los intereses, reservas, sumas o cualquier cantidad que obtengan por concepto de dividendos, enajenación de las acciones de los fondos de inversión, indemnizaciones o préstamos que deriven de esas cuentas, de los contratos respectivos o de las acciones de los fondos de inversión, deberán considerarse, como ingresos acumulables del contribuyente en su declaración correspondiente al año de calendario en que sean recibidas o retiradas de su cuenta personal especial para el ahorro, del contrato de seguro de que se trate o del fondo de inversión del que se hayan adquirido las acciones. en ningún caso la tasa aplicable a las cantidades acumulables en los términos de esta fracción será mayor que la tasa del impuesto que hubiera correspondido al contribuyente en el año en que se efectuaron los depósitos, los pagos de la prima o la adquisición de las acciones, de no haberlos recibido.

En los casos de fallecimiento del titular de la cuenta especial para el ahorro, del asegurado o del adquirente de las acciones, a que se refiere este artículo, el beneficiario designado o heredero estará obligado a acumular a sus ingresos, los retiros que efectúe de la cuenta, contrato o fondo de inversión, según sea el caso. Las personas que hubieran contraído matrimonio bajo régimen de sociedad conyugal, podrán considerar la cuenta especial o la inversión en acciones a que se refiere este artículo, como de ambos cónyuges en la proporción que les corresponda, o bien de uno solo de ellos, en cuyo caso los depósitos, inversiones y retiros se considerarán en su totalidad de dichas personas. esta opción se deberá ejercer para cada cuenta o inversión al momento de su apertura o realización y no podrá variarse.

Los contribuyentes que realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro y además aseguren la vida del contratante, no podrán efectuar la deducción a que se refiere el primer párrafo de este artículo por la parte de la prima que corresponda al componente de vida. La institución de seguros deberá desglosar en el contrato de seguro respectivo la parte de la prima que cubre el seguro de vida. a la cantidad que pague la institución de seguros al beneficiario designado o a los herederos como consecuencia del fallecimiento del asegurado se le dará el tratamiento que establece el Artículo 93, fracción xxi, primer párrafo de esta ley por la parte que corresponde al seguro de vida. las instituciones de seguros que efectúen pagos para cubrir la prima que corresponda al componente de vida con cargo a los fondos constituidos para cubrir la pensión, jubilación o retiro del asegurado, deberán retener como pago provisional el impuesto que resulte en los términos del Artículo 145 de esta Ley.

Capítulo 8. Procedimiento para reclamar una indemnización

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

8.1 Acudir e informar al intermediario de seguro sobre la ocurrencia del evento y entregarle los siguientes documentos para que se inicie con el trámite de la reclamación ante MAPFRE:

8.1.1 Para el caso de 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 aportaciones totales, si los tuviera.
- C. Acta de defunción original.
- D. Certificado de defunción original.
- E. Identificación oficial vigente de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla).
- F. Acta de nacimiento original o de los beneficiarios.
- G. Acta de matrimonio original o (solo si el cónyuge es beneficiario).
- H. En caso de que el beneficiario sea extranjero: documento legal que acredite su estancia legal 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 original del beneficiario (en caso de que alguno haya fallecido) original o copia certificada ante el notario público.

8.1.2 Para el caso de sobrevivencia del asegurado

- L. La documentación señalada en el punto: A.
- M. Facturas originales de pago de primas, si los tuviera.

8.1.3 Para el caso de invalidez total y permanente

- N. La documentación señalada en el punto: A, B, E.
- O. 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.
- P. Expediente clínico completo manifestando la evolución del padecimiento.

8.1.4 Para el caso de accidente

- Q. La documentación señalada en el punto: A, C, D, E, F, G, H, I, J, K.
- R. Copia certificada de todos y cada uno de los documentos que integren la carpeta de investigación iniciada por el Agente del Ministerio Público correspondiente.

8.1.5 Para el caso de enfermedad grave

S. La documentación señalada en el punto: A, E, J, I, K.

T. Expediente clínico completo manifestando la evolución del padecimiento y estado actual a la fecha de reclamación.

U. Estudios practicados para determinar el diagnóstico.

Se deberá entregar al reclamante, acuse de recepción de los documentos entregados.

8.2 También, si así lo desea el reclamante, podrá acudir a la oficina de servicios al cliente de MAPFRE más cercana a su domicilio para la entrega de 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 las oficinas de servicios al cliente de MAPFRE se encuentran en la dirección de internet <http://www.mapfre.com.mx/servicio-al-cliente/directorio-oficinas-mapfre>

En caso de no ser atendido en nuestras oficinas de servicios al cliente, el reclamante podrá comunicarse a los teléfonos 5230 7120 en la Ciudad de México o al 01 800 062 7373 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.

La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este. (Artículo 69 de la ley Sobre el Contrato de Seguro)

Capítulo 9. Aplicaciones legales referidas

9.1 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 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 pague 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.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 Artículos referidos a la Circular Única de Seguros y Fianzas" en negritas

CAPÍTULO 20.1. DE LA CONSTITUCIÓN Y APORTACIONES AL FONDO ESPECIAL DE SEGUROS DE VIDA Y AL FONDO ESPECIAL DE SEGUROS DE NO-VIDA

Para los efectos del artículo 274 de la LISF:

20.1.1. Las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros a que se refieren las fracciones I, III a X, XV y XVI del artículo 27 de la LISF, deberán constituir

fondos especiales, a través de fideicomisos privados irrevocables, cuya finalidad será contar con recursos financieros que, en caso necesario y en términos del artículo 274 de la LISF, apoyen el cumplimiento de las obligaciones a su cargo frente a los contratantes, asegurados y beneficiarios de sus pólizas de seguros.

Las aportaciones a los fideicomisos privados a que se hace referencia en esta Disposición corresponderán exclusivamente a las aportaciones de seguro directo y no a primas derivadas de contratos de reaseguro tomado.

* Modificado DOF 18-10-2016

20.1.2. Para los efectos de lo señalado en la Disposición 20.1.1, se constituirán, por separado, los siguientes fondos especiales de seguros:

I. Para los seguros a que se refiere la fracción I del artículo 27 de la LISF, el Fondo Especial de Seguros de Vida, y

II. Para los seguros a que se refieren las fracciones III a X, XV y XVI del artículo 27 de la LISF, el Fondo Especial de Seguros de No-Vida.

20.1.3. Las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros a que se refiere la fracción I del artículo 27 de la LISF, deberán aportar al Fondo Especial de Seguros de Vida el equivalente en moneda nacional al 0.2% de las primas emitidas por cada Institución de Seguros de los referidos seguros.

20.1.4. Las Instituciones de Seguros autorizadas a operar los seguros a que se refieren las fracciones III a X, XV y XVI del artículo 27 de la LISF, deberán aportar al Fondo Especial de Seguros de No-Vida el equivalente en moneda nacional al 0.06% de las primas emitidas por cada Institución de Seguros de los referidos seguros.

20.1.5. Las aportaciones a que se refieren las Disposiciones 20.1.3 y 20.1.4, serán cubiertas por las Instituciones de Seguros mensualmente al Fondo Especial de Seguros de Vida y al Fondo Especial de Seguros de No-Vida, según corresponda, dentro de los quince días hábiles siguientes al cierre del mes de que se trate, con excepción de la aportación correspondiente al mes de diciembre, la cual se efectuará dentro de los veinte días hábiles siguientes al cierre del mismo.

El procedimiento operativo, la institución fiduciaria en la que se efectuarán las aportaciones a que se refiere esta Disposición y los números de referencia necesarios para realizar las mismas, se señalan en el Anexo 20.1.5.

20.1.6. Las Instituciones de Seguros que realicen aportaciones a alguno de los fondos especiales de seguros en exceso de las que deban efectuar en términos de lo previsto en este Capítulo, deberán descontar dichos excedentes de la aportación que corresponda a dicho fondo especial de seguros en el mes siguiente.

20.1.7. En términos de lo previsto en la fracción II del artículo 274 de la LISF, las

Instituciones de Seguros que no efectúen las aportaciones a que se refieren las Disposiciones 20.1.3 y 20.1.4 dentro del plazo previsto en la Disposición 20.1.5, deberán pagar al fideicomiso respectivo una indemnización equivalente a 1.5 veces la tasa de referencia a que se refiere la fracción II del artículo 486 de la LISF, la cual será aplicable a cada día en que exista mora y durante el plazo que dure ésta.

20.1.8. En términos de lo previsto en la fracción II del artículo 274 de la LISF, la Comisión determina que Nacional Financiera, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, será la institución fiduciaria para el Fondo Especial de Seguros de Vida y para el Fondo Especial de Seguros de No-Vida.

20.1.9. La inversión de los recursos del Fondo Especial de Seguros de Vida y del Fondo Especial de Seguros de No-Vida, se sujetará al régimen de inversión previsto en el Capítulo 8.18, debiendo observar, en lo conducente, las demás disposiciones en materia de inversiones contenidas en el Título 8 de las presentes Disposiciones.

20.1.10. Los fondos especiales de seguros a que se refiere el presente Capítulo, tendrán los siguientes límites de acumulación:

I. En el caso del Fondo Especial de Seguros de Vida, el equivalente al 4.02% de las primas emitidas totales del mercado relativas a los seguros a que se refiere la fracción I del artículo 27 de la LISF, y

II. En el caso del Fondo Especial de Seguros de No-Vida, el equivalente al 1.12% de la suma de las primas emitidas totales del mercado relativas a los seguros a que se refieren las fracciones III a X, XV y XVI del artículo 27 de la LISF.

En el mes de febrero de cada año, con las cifras correspondientes al cierre del ejercicio inmediato anterior, la Comisión determinará si se ha llegado al límite de acumulación de alguno de los fondos especiales de seguros a que se refiere esta Disposición. En ese caso, la Comisión informará a las Instituciones de Seguros que suspendan temporalmente la aportación al fondo especial de seguros de que se trate.

Capítulo 10. Anexos

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

10.1 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: 5230 7090 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, con correo electrónico UNE@mapfre.com.mx

10.2 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 México, Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: (55) 5340 0999 y 01 800 999 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 29 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0041-0292-2023/CONDUSEF-006319-02”.

Condiciones Particulares UNIT LINKED MAPFRE

En las presentes condiciones particulares, se detallan las particularidades de este producto.

Las cláusulas establecidas en las condiciones generales no sufren modificación, y son en adición adicional a lo plasmado en estas condiciones particulares.

1. Funcionamiento del seguro

1.1 Suficiencia en el fondo de ahorro

La póliza permanecerá vigente, siempre y cuando, el fondo de ahorro mantenga el monto mínimo de permanencia y éste permanezca con saldo positivo en cualquier momento de la vigencia de la póliza.

Si durante la vigencia de la póliza, el monto del fondo de ahorro fuera menor al monto mínimo de permanencia, MAPFRE procederá a cancelar la póliza en forma automática al cierre del mes en que se haya reportado el monto menor al monto mínimo de permanencia y procederá la indemnización conforme a lo establecido en la cláusula "Rescate total".

El monto mínimo que debe permanecer en el fondo de ahorro para que el seguro permanezca vigente es _____.

2. Movimientos en las inversiones y en el fondo de ahorro

El contratante podrá realizar los siguientes movimientos:

2.1 Reasignación de inversiones

El contratante tendrá la opción de realizar transferencias entre las inversiones vinculadas a la póliza, pudiendo distribuirlas de la forma que determine de acuerdo a sus necesidades de inversión.

El primer movimiento podrá realizarlo a partir _____.

Estos movimientos podrá realizarlos _____ veces al año.

Por cada movimiento MAPFRE aplicará un costo por transferencia de _____. El movimiento aplicado por las transferencias realizadas, así como los rendimientos acreditados se verán reflejados en un plazo de _____ posteriores a la realización del movimiento.

2. 2 Retiro parcial

El contratante podrá realizar retiros parciales del fondo de ahorro.

El primer movimiento podrá realizarlo a partir _____.

Estos movimientos podrá realizarlos _____ veces al año.

Por cada movimiento MAPFRE aplicará un costo por retiro de _____, así como las retenciones fiscales que correspondan.

Cualquier retiro parcial efectuado no dará lugar a la cancelación de la póliza, salvo que el movimiento genere efectos en el fondo conforme a lo establecido en la cláusula "Suficiencia del fondo de ahorro".

Por cada movimiento que haya realizado el contratante, MAPFRE deberá de entregar a éste, el documento donde conste el movimiento solicitado.

2. 3 Rescate total

El valor de rescate es el único valor garantizado que otorga este seguro y los recursos se entregarán con base en el último valor de liquidación de las unidades de participación. Podrán darse por las siguientes causas:

c. A solicitud del contratante

El contratante tendrá la opción de rescatar su plan a partir _____ . Este rescate comprenderá el retiro total de sus inversiones con los rendimientos ganados hasta el momento de su solicitud.

MAPFRE deducirá del monto total de rescate, _____ y se le aplicarán las retenciones fiscales correspondientes según la modalidad contratada.

Para obtener el rescate, 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, la póliza quedará cancelada automáticamente a partir de la fecha de la solicitud. No existirá opción a desistir de la cancelación.

Una vez efectuado el rescate, MAPFRE emitirá el documento correspondiente que servirá como constancia de la autorización de ambas partes, quedando MAPFRE sin obligación alguna por cualquier indemnización derivada de este contrato.

d. Por cancelación automática por no cumplir el monto de permanencia

El valor de rescate bajo esta causa, se dará en automático, según lo establecido en la cláusula “Suficiencia del fondo de ahorro” sin necesidad de que el contratante lo solicite por escrito.

MAPFRE deducirá del monto total de rescate, el monto de penalización establecido en las condiciones particulares de esta póliza y se le aplicarán las retenciones fiscales correspondientes según la modalidad contratada.

Al momento de que MAPFRE genere el movimiento de rescate, la póliza quedará cancelada automáticamente a partir de la fecha de la solicitud, sin opción a desistir de la cancelación.

Una vez efectuado el rescate, MAPFRE emitirá el documento correspondiente que servirá como constancia de la autorización de ambas partes, quedando MAPFRE sin obligación alguna para cualquier indemnización derivada de este contrato.

3. Cláusulas generales

3.1 Edad

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

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 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 la edad del asegurado, 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 la edad, se hubiere pagado una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MAPFRE 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.

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, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que la prima cubierta hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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 momento de celebrarse el presente contrato de seguro o posteriormente, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, MAPFRE extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba al momento del pago del siniestro, de acuerdo con lo ordenado en el Artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si al comprobar la edad, ésta resultara 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 de Seguro.

Los límites de admisión fijados por MAPFRE son las siguientes:

“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 29 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0041-0292-2023/CONDUSEF-006319-02”.

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