

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE
VIDA GRUPO
EXPERIENCIA
PROPIA



MAPFRE

**SEGURO DE VIDA GRUPO
EXPERIENCIA PROPIA**

CONDICIONES GENERALES

Contenido

Cláusulas Generales	4
Endoso de Participación de utilidades en experiencia propia.....	13
Coberturas adicionales:	
Cobertura de pago adicional por invalidez total y permanente a causa de accidente (BITPA)	14
Cobertura de pago adicional por invalidez total y permanente a causa de accidente o enfermedad (BITP)	16
Cobertura de exención vitalicia de pago de primas por invalidez total y permanente (BITV)	18
Cobertura de exención temporal de pago de primas por invalidez total y permanente (BITT)	20
Exclusiones de las coberturas por invalidez total y permanente	23
Cobertura de indemnización por muerte accidental (IMA)	24
Cobertura de indemnización por pérdidas orgánicas (IPO)	26
Cobertura de doble indemnización por muerte accidental colectiva (DIAC)	27
Exclusiones de las coberturas de indemnización por accidente	29
¿Qué hacer en caso de siniestro?	31
Procedimiento para reclamar una indemnización	32
Anexos	34
Aplicaciones legales	35
Glosario	43

CLÁUSULAS GENERALES

1. COMPAÑÍA ASEGURADORA

MAPFRE México S.A, es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del contrato, denominada de aquí en adelante como MAPFRE.

2. CONTRATANTE

Es la persona que tiene la obligación del pago de la prima que contrata para sí y en nombre de los asegurados, con la compañía de seguros en los términos establecidos en las condiciones generales de la póliza.

3. GRUPO ASEGURABLE

Constituyen el grupo asegurable todas las personas que cumplen con las características establecidas de común acuerdo entre el contratante y MAPFRE y que constará en la carátula de la póliza.

4. CONTRATO DE SEGURO

De acuerdo al Artículo 1 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; por el contrato de seguro MAPFRE se obliga, mediante una prima a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el mismo.

La póliza, solicitud, registro de asegurados correspondiente, consentimientos, certificados individuales, las cláusulas adicionales y endosos que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el contratante y MAPFRE.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá solicitar a MAPFRE 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, de conformidad a lo dispuesto por el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al contratante.

5. VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha de inicio de vigencia estipulada en la carátula de la póliza, o desde el momento en que el contratante tuviera conocimiento de que MAPFRE haya aceptado el riesgo, operando de igual forma para cualquier endoso que se agregue posteriormente al contrato de seguro.

6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Este seguro ofrece protección por fallecimiento a un grupo de personas, por el plazo del seguro contratado.

En caso que cualquiera de los asegurados llegara a fallecer durante la vigencia de la póliza, la suma asegurada se pagará a los beneficiarios designados.

Las personas estarán cubiertas por este seguro, siempre y cuando, cumplan con la definición de grupo asegurable.

7. REGISTRO DE ASEGURADOS

MAPFRE entregará al contratante el registro de asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al contratante una relación que formará parte integrante del propio registro, mismo que deberá contener nombre, edad o fecha de nacimiento, sexo del asegurado, suma asegurada, fecha de vigencia del seguro de cada miembro del grupo, número de póliza, plan de seguro, coberturas contratadas y número de certificado.

8. INGRESOS AL GRUPO ASEGURABLE

Al celebrarse el contrato de seguro, ingresarán todos los miembros del grupo que cumplan con la definición de grupo asegurable que aparece en la carátula de la póliza.

Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza y sin requisitos de asegurabilidad hasta el máximo de la suma asegurada que se estipula en la carátula de la póliza, siempre que cumplan con la definición de grupo asegurable y su edad se encuentre dentro de los límites establecidos en la política de aceptación de MAPFRE.

MAPFRE, podrá aplicar un cuestionario médico y exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del mismo, para comprobar que reúnen las condiciones de salud y asegurabilidad que ella fije. En este caso quedarán asegurados desde la fecha en que MAPFRE le informe por escrito su aceptación. En caso de que el asegurado no reciba por escrito dicha aceptación dentro de los treinta días naturales contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido los requisitos para resolver sobre la aceptación de asegurarlo entonces el Asegurado queda aceptado con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

9. BAJAS EN EL GRUPO ASEGURABLE

Las personas que dejen de cumplir con la definición de grupo asegurable, dejarán de estar aseguradas desde ese momento, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

En este caso, MAPFRE restituirá al contratante la prima neta pagada y no devengada. Si el asegurado contribuyo a la prima, será el contratante quien entregue el monto correspondiente a cada miembro del grupo de acuerdo a la lista que MAPFRE le proporcione.

El contratante deberá comunicar por escrito a MAPFRE en un lapso no mayor a cinco días hábiles, contados a partir de la fecha de la separación, el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo, así como las fechas de sus respectivas separaciones para que sean dadas de baja del grupo asegurado.

Si el contratante no realiza el reporte oportunamente, será responsable en caso de que ocurra algún evento cubierto por la póliza que sea reclamado a MAPFRE.

Los asegurados que sean jubilados o pensionados, continuarán asegurados hasta

el vencimiento del seguro.

10. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

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

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

11. DISPUTABILIDAD

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

12. MODIFICACIONES

Las condiciones generales o particulares de la póliza sólo podrán modificarse por acuerdo escrito entre las partes, haciéndose constar mediante cláusulas adicionales o endosos, previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por MAPFRE podrán modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

13. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, por parte del contratante o de MAPFRE, se efectuarán en moneda nacional ajustándose a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

14. PRIMA

La prima total del grupo, será la suma de las primas correspondientes a cada miembro del grupo asegurado, ésta se obtendrá aplicando la tarifa vigente de acuerdo con la edad, ocupación y suma asegurada.

15. PAGO DE PRIMAS

La prima a cargo del contratante vence en el momento de inicio de vigencia del contrato, y salvo pacto en contrario se entenderá que el período del seguro es de un año.

Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones pactadas, vencerán al inicio de cada fracción en que, para efecto del pago de la prima, se hubiere dividido el período del seguro.

Si se opta por el pago fraccionado las exhibiciones deberán ser por períodos de igual

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

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento”, (Artículo 40 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de siniestro, MAPFRE podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, si durante el período de gracia no ha sido pagada la prima correspondiente.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución 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.

16. EDAD

Los límites de edad de admisión fijados por MAPFRE, se indicarán en la póliza respectiva y la edad de los asegurados se asentará en los consentimientos individuales de seguro, misma que se comprobará presentando pruebas fehacientes a MAPFRE, quien extenderá el comprobante respectivo. Este requisito debe cubrirse antes de que MAPFRE, efectúe el pago de la suma asegurada.

Para el caso en el que se declare que el género del participante sea femenino se descontarán tres años a su edad real a partir de la cual se determinará la prima correspondiente según lo indicado en la cláusula 14.

Si antes de ocurrir el evento previsto en el contrato se descubre que un miembro del grupo ha declarado una edad inferior a la real y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por MAPFRE, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el contratante estará obligado a pagar a MAPFRE, la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, hasta el siguiente vencimiento del contrato.

Si la edad declarada es mayor que la verdadera, MAPFRE, reembolsará al contratante la diferencia entre las primas correspondientes a las dos edades, también por el período que falte hasta el siguiente vencimiento. Si el asegurado contribuyo a la prima, será el contratante quien entregue la diferencia de primas a cada miembro del grupo de acuerdo a la lista que MAPFRE le proporcione.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad aceptados por MAPFRE, esta pagará la suma asegurada de acuerdo a la

regla para determinarla establecida en la carátula de la póliza, efectuando el ajuste en prima correspondiente en el aniversario de la misma.

Si en vida de los asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al requisitar su consentimiento individual de seguro, estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta póliza, el contrato se rescindiría respecto del miembro del grupo cuya edad haya estado fuera del límite, el respectivo certificado individual carecerá de valor y será devuelta al contratante sólo la parte no devengada de la última prima pagada por concepto del seguro correspondiente al expresado miembro.

Si el asegurado contribuyó a la prima será el contratante quien entregue la diferencia de primas a cada miembro del grupo de acuerdo a la lista que MAPFRE, proporcione.

17. SUICIDIO

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia continua del contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, MAPFRE, solamente devolverá la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del grupo al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que hará MAPFRE, por concepto del seguro del expresado miembro.

18. BENEFICIARIOS

El asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto deberá notificar por escrito a MAPFRE, expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios y que conste en los consentimientos individuales, para lo cual habrán de remitirse a fin de su anotación como parte integrante de la póliza.

En caso de que MAPFRE no reciba oportunamente dicha notificación, el asegurado conviene en que dicha compañía pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado.

El asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar al beneficiario de la presente póliza. Para que esta renuncia produzca sus efectos, se deberá hacer constar en los consentimientos individuales 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 al beneficiario sustituto o a la sucesión del asegurado en caso de no existir alguno.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o que se hubiera hecho una designación 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.

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.

Si hubiere varios beneficiarios y desapareciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

El contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

19. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando haya cambio de contratante y éste no cumpla con lo establecido en las políticas de MAPFRE, ésta dará por terminado el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio, mediante simple aviso por escrito al nuevo contratante y sus obligaciones cesarán treinta días naturales después de la notificación de término del contrato. MAPFRE reembolsará al anterior contratante la prima no devengada para que si fuera el caso, éste distribuya la misma a los asegurados que hayan contribuido a la prima.

20. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este contrato:

A) Comunicar a MAPFRE, los nuevos ingresos al grupo asegurable dentro de los treinta días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener: el nombre del asegurado, ocupación, edad o fecha de nacimiento, suma asegurada o regla para calcularla, la designación de beneficiarios y si ésta será irrevocable.

B) Comunicar a MAPFRE de las separaciones definitivas del Grupo dentro de los cinco días siguientes a cada separación.

C) Dar aviso por escrito a MAPFRE de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a algún cambio de las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas en un plazo máximo de treinta días después del cambio.

D) Enviar a MAPFRE los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

E) Dar el acceso a MAPFRE a toda la información que corresponda al grupo asegurable y que sea relativa a la obligación contraída en el presente contrato a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo que se establece en el Reglamento del Seguro de Grupo, así como a los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y al Reglamento del Seguro de Grupo.

21. 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 el domicilio que se indica en la carátula de la póliza.

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

22. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones se enviarán directamente al domicilio de MAPFRE, señalado en la carátula de la póliza.

Los agentes de seguros autorizados por MAPFRE, no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la misma.

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

23. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, 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 del 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 Usuario de Servicios Financieros.

24. 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 en términos de lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas una indemnización por mora.

25. ENTREGA DE INFORMACIÓN

MAPFRE está obligada a entregar al asegurado o contratante 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. Al correo electrónico indicado por el contratante o asegurado en la solicitud requisitada para la celebración del presente contrato.

MAPFRE dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados así como el uso de los medios utilizados y señalados para la entrega de la documentación

contractual de conformidad al medio que hubiera sido utilizado.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 55 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 800 0 MAPFRE lada sin costo desde el interior del país.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 55 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 800 0 MAPFRE lada sin costo desde el interior del país. MAPFRE emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

26. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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, asegurado o beneficiario(s)

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, asegurado o beneficiario(s), 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(s) 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(s) 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.

27. RENOVACIÓN

MAPFRE se obliga a renovar el contrato de seguro en las mismas condiciones, siempre y cuando éstas se mantengan sin modificaciones y no hayan sido agravadas, siendo obligación del contratante manifestar bajo protesta de decir verdad y por escrito cualquier modificación a las condiciones originales y que se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento de Seguro de Grupo vigente en la fecha de vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa en vigor en la fecha de la misma.

ENDOSO PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES EN EXPERIENCIA PROPIA

Aplica sólo si en la carátula de la póliza se indica que está contratada esta modalidad.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES (DIVIDENDOS).

MAPFRE hará partícipe en sus utilidades a los grupos asegurables de acuerdo a:

La participación de utilidades para el contratante, se calculará en función de los resultados de siniestralidad obtenidos por la póliza, sin considerar la siniestralidad del resto de la cartera de MAPFRE.

El dividendo se calculará en forma vencida y de acuerdo a la fórmula que se indica en la carátula de póliza, siempre que se cumpla con lo establecido en la cláusula 15. Pago de primas.

Cuando los asegurados contribuyan al pago de la prima, tendrán derecho a recibir el dividendo que se genere, mismo que se calculará de manera proporcional a las aportaciones de prima que haya realizado y a las consideraciones antes mencionadas.

PAGO DE DIVIDENDO

MAPFRE, entregará al contratante el monto del dividendo que corresponde al grupo asegurable, siempre que éste haya participado en el pago de la prima. El contratante tendrá la obligación de pagar a los integrantes del grupo asegurable el dividendo de conformidad con los montos que MAPFRE haya determinado para cada integrante.

Si posterior a la liquidación del dividendo es presentado a MAPFRE, un siniestro cuya fecha de ocurrido está dentro de la vigencia de la cual se liquidó el dividendo, el contratante deberá devolver dicho dividendo pagado o el importe del siniestro reportado, lo que sea menor.

Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto del dividendo pagado al contratante.

PAGO DE SUMA ASEGURADA

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

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

que operó el cambio.

En caso de tratarse de un grupo que tenga contratado un crédito y la suma asegurada sea una cantidad líquida entonces:

La designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

En caso de tratarse de un grupo que tenga contratado un crédito y la suma asegurada se una cantidad equivalente al saldo insoluto entonces:

El acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.

El asegurador se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

Que el acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio al asegurador para que éste llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente.

COBERTURAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADAS DE FORMA ESPECÍFICA CON COSTO A CARGO DEL ASEGURADO

COBERTURA DE PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE (BITPA)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable gozarán de la cobertura de pago adicional por invalidez total y permanente a causa de accidente, contenido en la presente cláusula, conforme a las siguientes bases:

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 que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual y cualquier otro similar que le proporcione un ingreso acorde con sus conocimientos, aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea

de carácter total y permanente y esta sea continua durante un periodo no menor de seis meses.

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

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.

BENEFICIO

MAPFRE conviene en pagarle al asegurado al que se le haya dictaminado un estado de invalidez total y permanente como consecuencia de un accidente, la suma asegurada indicada para esta cobertura en la carátula de la póliza, 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.

PRUEBAS

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

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

Para evaluar la procedencia o no de la invalidez total y permanente, será necesario

que la fecha del accidente esté comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula 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)** El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento o cancelación por falta de pago de primas.
- b)** En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c)** El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cláusula.

PRIMA

MAPFRE concede esta cobertura de invalidez total y permanente con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

COBERTURA DE PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD (BITP)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable gozarán de la cobertura de pago adicional por invalidez total y permanente a causa de Accidente o Enfermedad, contenido en la presente cláusula, conforme a las siguientes bases:

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 el padecimiento de alguna enfermedad que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual y cualquier otro similar que le proporcione un ingreso acorde con sus conocimientos, aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente y esta sea continua durante un periodo no menor de seis meses.

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.

ENFERMEDAD

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

ACCIDENTE

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.

BENEFICIO

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 indicada para esta cobertura en la carátula de la póliza, siempre que haya transcurrido un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen, y que MAPFRE reconozca el estado de invalidez total y permanente.

PRUEBAS

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

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

El costo del peritaje cualquiera que sea su resultado correrá a cargo de MAPFRE.

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

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula 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) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento o cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cláusula.

PRIMA

MAPFRE concede esta cobertura de invalidez total y permanente con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

COBERTURA DE EXENCIÓN VITALICIA DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITV)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable, gozarán de la cobertura de exención vitalicia de pago de primas por invalidez total y permanente, conforme a las siguientes bases:

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 el padecimiento de alguna enfermedad que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual y cualquier otro similar que le proporcione un ingreso acorde con sus conocimientos, aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente y esta sea continua durante un periodo no menor de seis meses.

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.

ENFERMEDAD

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

ACCIDENTE

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.

BENEFICIO

MAPFRE conviene en eximir al asegurado al que se le haya dictaminado un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, del pago de las primas que le correspondan y que venzan después de que se presentó dicho estado de invalidez, siempre que haya transcurrido un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen, y que MAPFRE reconozca el estado de invalidez total y permanente.

El asegurado con invalidez total y permanente continuará asegurado de por vida por la suma asegurada contratada vigente al momento de ser reconocido su estado de invalidez total y permanente, quedando sin efecto el resto de las coberturas adicionales que tenía contratadas antes de sufrir la invalidez.

PRUEBAS

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

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a MAPFRE, el dictamen de invalidez avalado por una Institución con competencia médica o médico con cédula profesional, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y

permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por MAPFRE, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez ésta cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. El costo del peritaje cualquiera que sea su resultado correrá a cargo de MAPFRE.

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

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula 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) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento o cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cláusula.

PRIMA

MAPFRE concede esta cobertura de invalidez total y permanente con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

COBERTURA DE EXENCIÓN TEMPORAL DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITT)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Esta cobertura aplicará únicamente en experiencia propia.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable, gozarán de la cobertura de exención temporal de pago de primas por invalidez total y permanente, conforme a las siguientes bases:

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 el

padecimiento de alguna enfermedad que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual y cualquier otro similar que le proporcione un ingreso acorde con sus conocimientos, aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente y esta sea continua durante un periodo no menor de seis meses.

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.

ENFERMEDAD

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

ACCIDENTE

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.

BENEFICIO

MAPFRE conviene en eximir al asegurado al que se le haya dictaminado un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, del pago de las primas que le correspondan y que venzan después de que se presentó dicho estado de invalidez, siempre que haya transcurrido un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha del dictamen, y que MAPFRE reconozca el estado de invalidez total y permanente.

El asegurado con invalidez total y permanente continuará asegurado por lo que resta de la vigencia de la póliza por la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica que tenía en vigor cuando fue reconocido su estado de invalidez total y permanente.

En caso de que esta cobertura se haya contratado bajo la forma de pago anual y si durante la vigencia de la póliza se le dictamina un estado de invalidez total y permanente al asegurado, MAPFRE devolverá al contratante la reserva matemática de la cobertura básica constituida al momento en que se dictamine la invalidez total y permanente.

PRUEBAS

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

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

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

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula 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) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento o cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cláusula adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cláusula.

PRIMA

MAPFRE concede esta cobertura de invalidez total y permanente con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Estas coberturas no cubrirán estados de invalidez total y permanente a causa de:

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. 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, de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

E. Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe como conductor o copiloto durante la celebración de pruebas de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

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

G. 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.

H. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.

I. Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro o cuando tenga más de 100 mlg o más de 0.10%

de concentración de alcohol en la sangre.

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

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

L. Cualquier alteración psicológica o psiquiátrica.

M. Padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales aquellos cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes del inicio de vigencia del contrato por los cuales se haya hecho previamente a la vigencia de la póliza un diagnóstico.

No se considera invalidez total y permanente la cancelación de licencia expedida por el Gobierno Federal o Estatal para el ejercicio de una actividad o profesión.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de MAPFRE provenientes de las coberturas de pago adicional por invalidez total y permanente a causa de accidente o enfermedad (BITP) y pago adicional por invalidez total y permanente a causa de accidente (BITPA).

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable, gozarán de la cobertura adicional de indemnización por muerte accidental, conforme a las siguientes bases:

ACCIDENTE

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente 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. No se considerará accidente la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

BENEFICIO

MAPFRE pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, 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. La responsabilidad de MAPFRE en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Corresponderá a los beneficiarios, demostrar el carácter de accidental de la muerte del asegurado.

PRUEBAS

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el beneficiario deberá presentar pruebas de que el fallecimiento del asegurado ocurrió a causa de una lesión o lesiones que cause su muerte y que haya ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio, reservándose MAPFRE el derecho de verificar la autenticidad de dichas pruebas y siempre que no esté haciendo uso de los beneficios que para el caso de invalidez pueda conceder dicho certificado.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

- a) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cobertura adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cobertura.

PRIMA

MAPFRE concede este beneficio de indemnización por muerte accidental con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS (IPO)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable, gozarán del beneficio adicional de indemnización por pérdidas orgánicas, conforme a las siguientes bases:

ACCIDENTE

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente la acción súbita, 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 pérdida de alguno de los miembros y órganos que a continuación se detallan, siempre que esto ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha.

PERDIDAS ORGÁNICAS CUBIERTAS

Para efectos de esta cobertura se entiende: Por pérdida de una mano, su anquilosis o separación al nivel de la articulación carpo – metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación tibio–tarsiana o arriba de ella; por pérdida de dedos, cuando ésta sea de dos falanges completas cuando menos, y por pérdida de la vista se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

BENEFICIO

Si como consecuencia directa de algún accidente el asegurado sufriera dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la pérdida de alguno de los miembros detallados a continuación, MAPFRE pagará al asegurado, el porcentaje de las indemnizaciones correspondientes a la suma asegurada contratada, que enseguida se expresan:

Por la pérdida de:	%
a) Ambas manos, ambos pies ó la vista de ambos ojos	100%
b) Una mano y un pie	100%
c) Una mano ó un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
d) Una mano ó un pie	50%
e) La vista de un ojo	33%
f) El pulgar de cualquier mano	25%
g) El índice de cualquier mano	10%
h) Los dedos: medio, anular y meñique	5%

Si son varias las pérdidas ocurridas simultáneamente, las indemnizaciones correspondientes se sumarán, pero el pago total que haga MAPFRE no podrá exceder la suma asegurada vigente para esta cobertura al momento de ocurrir el siniestro.

Corresponderá al asegurado, demostrar el carácter de accidental de las lesiones

producidas y que traigan como consecuencia la pérdida de miembros.

PRUEBAS

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado deberá presentar pruebas de que la lesión o lesiones que cause la pérdida orgánica haya ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio, reservándose MAPFRE el derecho de verificar la autenticidad de dichas pruebas y siempre que no esté haciendo uso de los beneficios que para el caso de invalidez pueda conceder dicho certificado.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

- a) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cobertura adicional en cualquier aniversario de la póliza.
- e) Al pagar las indemnizaciones establecidas que agoten la suma asegurada.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cobertura.

PRIMA

MAPFRE concede este beneficio de indemnización por pérdidas orgánicas con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

COBERTURA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (DIAC)

Operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurable, gozarán del beneficio adicional de doble indemnización por muerte accidental colectiva, conforme a las siguientes bases:

ACCIDENTE

Para efectos de esta cobertura se entenderá por accidente 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. No se considerará accidente la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.

ACCIDENTE COLECTIVO

Se entiende que el accidente es colectivo si el asegurado fallece:

- a) Viajando como pasajero en cualquier vehículo de servicio público que no sea aéreo ni marítimo y dicho vehículo sea impulsado motorizado mecánicamente y operado por una empresa autorizada de transportes públicos sobre una ruta establecida normalmente para servicios de pasajeros y sujeta a itinerario regular.
- b) Si se encuentra en un ascensor que opere para servicio público de personas, siempre que no labore como elevadorista y con exclusión de ascensores de carga, minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c) A causa de incendio o conato en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el cual el Asegurado se encuentre al iniciarse el incendio.

BENEFICIO

MAPFRE pagará y duplicará la suma asegurada contratada para el beneficio de muerte accidental al beneficiario o beneficiarios designados si el evento cubierto fuera a consecuencia de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

PRUEBAS

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el beneficiario deberá presentar pruebas de que el fallecimiento del asegurado ocurrió a causa de una lesión o lesiones que cause su muerte y que haya ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio, reservándose MAPFRE el derecho de verificar la autenticidad de dichas pruebas y siempre que no esté haciendo uso de los beneficios que para el caso de invalidez pueda conceder dicho certificado.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para esta cobertura son los que se estipulan en la carátula de la póliza.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

- a) El contrato de seguro termine por cualquiera de las causas siguientes: fallecimiento, cancelación por falta de pago de primas.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que la edad cumplida del asegurado sea la que se estipule en la carátula de la póliza.
- c) El contratante solicite por escrito la cancelación de esta cobertura adicional en cualquier aniversario de la póliza.

En el caso al que se refiera al inciso c, de la prima total establecida en la carátula de la póliza se deducirá el importe de la prima adicional para esta cobertura.

PRIMA

MAPFRE concede este beneficio de doble indemnización por muerte accidental colectiva con una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total que se paga a MAPFRE.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE

La indemnización adicional a que se refieren cualquiera de los beneficios contenidos en las coberturas de accidentes en cualquiera de sus modalidades, no será pagada por MAPFRE en aquellos casos en que el fallecimiento o la pérdida orgánica se deba a:

- A. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- B. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivo por lesiones accidentales.**
- C. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- D. Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre y cuando el asegurado sea 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, de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- F. Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe como conductor o copiloto durante la celebración de pruebas o 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, 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 misma que deberá reflejarse en la carátula de la póliza.

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

J. Padecimientos mentales o corporales.

K. Abortos, 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 estas.

N. Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulantes o similares, excepto las prescritas por un médico.

O. Envenenamiento cualquiera que sea su naturaleza, salvo que se trate de un accidente.

P. Accidente que ocurra por culpa grave del asegurado, teniendo este 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. Las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Nota: Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de MAPFRE provenientes de estos beneficios.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

A continuación te presentamos los pasos que deberás seguir para iniciar el trámite de una reclamación, es necesario llenar el formato y entregar la documentación, el cual deberá reunir todos los requisitos.

Te recomendamos lo siguiente:

1. Informar a su intermediario de seguros sobre el evento ocurrido.
2. Descarga el Formato de Reclamación Vida en nuestro portal web <https://www.mapfre.com.mx/seguros-mx/servicios-al-cliente/que-hacer-en-caso-de-siniestro/siniestro/vida/>
3. Asegúrate de requisitar todas las secciones del formato de acuerdo a la cobertura a reclamar.
4. Más de dos beneficiarios, deberá llenar el formato de Reclamación Beneficiario Adicionales. En caso de beneficiarios menores de edad, deberá firmar el tutor o representante legal.
5. En la sección del médico, deberá ser llenado por el médico que atendió al asegurado durante su enfermedad o el que extendió el certificado médico de defunción, indicando su número de cédula profesional.
6. Para las coberturas de invalidez, enfermedad grave o pérdidas orgánicas, deberá ser llenado por el propio asegurado y el médico tratante o certificante.
7. El comprobante de domicilio del (los) beneficiarios, no deberá ser mayor a tres meses de antigüedad.
8. En identificaciones oficiales deberán presentar las originales, serán cotejadas y devueltas al momento de la entrega de los documentos. En caso de que el beneficiario sea extranjero o cuente con más residencias diferentes a México, deberá notificarlo.
9. Presenta la documentación en nuestras oficinas receptoras, puedes consultarlo en nuestro portal MAPFRE, sección Servicio al Cliente: <https://www.mapfre.com.mx/seguros-mx/servicios-al-cliente/oficinas-mapfre/>

10. Para mayor información, sobre trámites, formatos o cualquier duda, comuníquese en la Ciudad de México, y Área Metropolitana 52 30 70 00 y del Interior de la República al 800 062 73 73 o visita nuestro portal de Internet www.mapfre.com.mx.

11. Asegúrate de contar con los documentos debidamente requisitados que a continuación se enuncian:

PROCEDIMIENTO PARA RECLAMAR UNA INDEMNIZACIÓN

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

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

I. 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. Recibos originales de pago de primas, si los tuviera.

C. Acta de defunción original o copia certificada ante notario público.

D. Certificado de defunción original o copia certificado ante notario público.

E. Identificación oficial del asegurado (IFE, pasaporte, cédula profesional, cartilla)

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

G. Identificación oficial de los beneficiarios (IFE, pasaporte, cédula profesional, cartilla)

H. Acta de nacimiento original o copia certificada ante notario público de los beneficiarios

I. Acta de matrimonio original o copia certificada ante notario público (solo si el cónyuge es beneficiario)

J. En caso de que el beneficiario sea extranjero: documento legal que acredite su legal estancia en el país.

K. Copia de CURP o RFC de los beneficiarios.

L. Copia de comprobante de domicilio de los beneficiarios

M. Acta de defunción del beneficiario (en caso de que alguno haya fallecido)

original o copia certificada ante el notario público.

N. Si el objeto del contrato de seguro fue el de garantizar en caso de fallecimiento el pago de un préstamo o la suma asegurada se determina en base a salarios, será necesario que ingresar:

- Pago de préstamo:

Estado de cuenta donde refleje el saldo insoluto a la fecha del siniestro, que certifique el Contador de la Institución de Crédito que haya otorgado el préstamo, así como copia certificada del documento origen del préstamo.

- Suma asegurada en base a salarios:

Ingresar los recibos de nómina y aviso o modificación al salario ante el IMSS, ISSSTE u otro para determinar la suma.

Ñ. Consentimiento de designación de beneficiarios original y firmado por el asegurado.

O. Carta de reclamación de la empresa notificando la reclamación.

II. Para el caso de invalidez total y permanente

P. La documentación señalada en el punto: A, B, E, F, N.

Q. 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.

R. Expediente clínico completo manifestando la evolución del padecimiento.

III. Para el caso de accidente

S. La documentación señalada en el punto: A, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M.

T. Copia certificada de todos y cada uno de los documentos que integren la Averiguación Previa iniciada por el Agente del Ministerio Público correspondiente.

IV. Para el caso de pérdidas orgánicas

U. La documentación señalada en el punto: A, E, F, K, Q, R.

V. Radiografía del miembro afectado.

W. Expediente clínico completo, manifestando la evolución del padecimiento.

En caso de que la indemnización sea procedente, no se devolverán los documentos entregados, excepto las identificaciones oficiales y la póliza (en el caso en que quede vigente alguna cobertura).

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

2. El reclamante deberá entregar los documentos con el contratante de la póliza, antes mencionados e iniciar con el trámite de la reclamación. El cual le deberá entregar acuse de recepción de los documentos entregados.

3. Una vez que MAPFRE reciba sus documentos, iniciará con el trámite de la reclamación. Si el reclamante no recibe respuesta sobre su trámite, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber entregado los documentos para la reclamación, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 55 5230-7120 en la Ciudad de México, o al 800 0 MAPFRE (627 373) lada sin costo desde el interior del país.

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.

En cualquier caso, MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información o documentación adicional que requiera para la determinación de la procedencia de la reclamación. Lo anterior de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

ANEXOS

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

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 o 01 800 717 1819 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.

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

Domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, Código Postal 03100 con número de teléfono: (55) 5340 0999 y 01800 999 8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y página web www.gob.mx/condusef.

3. Aviso de siniestro

• Información sobre la ocurrencia del siniestro

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

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

APLICACIONES LEGALES

ARTICULOS REFERIDOS 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 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 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.

En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

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

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

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

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la con 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 a 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 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.

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. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a 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.

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.

GLOSARIO

• BENEFICIARIO

Es la persona física que al momento de un siniestro que amerite indemnización, según lo establecido en esta póliza, tiene derecho al pago o servicio correspondiente.

• COBERTURAS

Conjunto de riesgos que pueden ser cubiertos en el contrato de seguro sujetos a derechos y obligaciones.

• CURP

Clave Única de Registro de Población.

• LCS

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

• LISF

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

• PÓLIZA

Documento en que constan los derechos y obligaciones de las partes, las coberturas amparadas por MAPFRE, las particularidades que identifican al riesgo, las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del seguro, así como los límites máximos de responsabilidad, primas y datos del contratante.

• PRESCRIPCIÓN

Conclusión o extinción del plazo para hacer válida la reclamación.

• PRIMA

Es la cantidad de dinero que el contratante se obliga a pagar a MAPFRE en términos del contrato de seguro, como contraprestación por el riesgo que se asume.

• RESERVA MATEMÁTICA

Corresponde al valor del pasivo que se genera para MAPFRE como consecuencia de las obligaciones contraídas en un contrato de seguro.

- **RFC**

Registro Federal de Contribuyentes.

- **SINIESTRO**

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

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 19 de Julio de 2010, con número CNSF-S0041-0524-2010/CONDUSEF-002406-04, y a partir del día 06 de septiembre de 2021 con el número MODI-S0041-0021-2021"

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