

CONDICIONES GENERALES

PLAN MERIDIANO VENTA MASIVA



MAPFRE

PLAN MERIDIANO VENTA MASIVA

CONDICIONES GENERALES

CONTENIDO

Cláusulas generales.....	4
Coberturas adicionales.....	12
Exención de pago de primas por invalidez total y permanente por accidente (BITA).....	12
Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente (PASI).....	13
Exclusiones aplicables a las coberturas de invalidez.....	14
Cobertura Servicios funerarios (SF).....	17
Exclusiones aplicables a la cobertura de servicios funerarios.	17
¿Qué hacer en caso de siniestro?.....	18
Anexos.....	22
Aplicaciones legales.....	22
Glosario.....	31

CLÁUSULAS GENERALES

1. ASEGURADO

Es la persona física amparada en este contrato por las coberturas indicadas en la carátula de la póliza.

2. COMPAÑÍA ASEGURADORA

MAPFRE México S.A., es la compañía de seguros legalmente constituida en 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.

3. CONTRATANTE

Es la persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado MAPFRE en los términos consignados en la póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella conjuntamente con el asegurado, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes.

4. CONTRATO DE SEGURO

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

Se entiende por póliza el documento en el que constan los datos generales del contrato de seguro, tales como nombre del asegurado, edad, suma asegurada, plan contratado, beneficiarios y en general los que permiten identificar al seguro contratado.

“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 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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 y/o asegurado tuviera conocimiento por escrito de que MAPFRE haya aceptado el riesgo, operando de igual forma para adiciones, reformas y endosos que se agreguen posteriormente al contrato de seguro.

6. MODIFICACIONES

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

7. MONEDA

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

8. COBERTURA BÁSICA

El seguro de vida temporal (Venta Masiva) es un producto de duración 5 ó 9 años que ofrece protección por fallecimiento durante la vigencia de la póliza.

La cobertura del seguro se divide en dos períodos. Un primer período denominado “Período de constitución” que comprende los dos primeros años de vigencia del

seguro y un segundo período que comprende desde el tercer año de vigencia hasta la fecha de vencimiento del seguro.

1. Prestaciones durante el período de constitución:

En caso de que el asegurado llegara a fallecer a consecuencia de una enfermedad durante este período, MAPFRE se compromete a reembolsar las primas pagadas más un interés del 8% anual.

En caso de que el asegurado llegara a fallecer a consecuencia de un accidente, se entregará a los beneficiarios designados el 200% de la suma asegurada contratada, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

2. Prestaciones durante el segundo período:

En caso de que el asegurado llegara a fallecer por enfermedad a partir del tercer año de vigencia de la póliza la compañía se compromete a pagar la suma asegurada contratada.

En caso de que el asegurado llegara a fallecer a consecuencia de un accidente, se entregará a los beneficiarios designados el 200% de la suma asegurada contratada, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

Para los efectos de esta cobertura se definen los siguientes términos:

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

Accidente: La acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa absolutamente ajena a la voluntad del asegurado o de un tercero y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, la muerte, siempre que esto ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

No se considerará accidente aquellos casos en que el fallecimiento sobrevenga directamente como consecuencia de:

- A) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- B) Tratamiento medico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.**
- C) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- D) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- E) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial,**

debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

- F) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad y resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- G) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- H) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo tipo delta, rafting, espeleología, caza, cualquier deporte aéreo, o cualquier deporte aéreo.**
- I) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- J) Padecimientos mentales o corporales.**
- K) Drogadicción.**
- L) Abortos cualquiera que sea la causa, excepto accidental.**
- M) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- N) Radiaciones ionizantes.**
- O) Lesiones sufridas por el asegurado estando bajo los efectos de algún enervante, estimulantes o similares, excepto que sean prescritos por un médico y así quede demostrado.**
- P) Envenenamiento excepto que se demuestre que fue accidental.**
- Q) Alcoholismo.**
- R) Cuando el asegurado tenga una cantidad de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro, o de alcohol en aire expirado superior a 0.4 miligramos por litro.**
- S) Suicidio, cualquiera que sea su causa.**
- T) Infecciones que no provengan de accidentes.**
- U) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por lesiones en accidentes.**

- V) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio asegurado.**
- W) Accidentes que ocurran por la participación de cualquier forma de navegación submarina.**
- X) Homicidio intencional y accidentes ocurridos a consecuencia de la intervención del asegurado en la comisión de un delito.**
- Y) Las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.**

9. PAGO DE PRIMAS

El pago de primas debe hacerse por anualidades adelantadas, pero para el caso de descuento por nómina, MAPFRE puede pactar con el contratante que las pague en forma mensual, quincenal o catorcenal. Si se opta por el pago fraccionado, se aplicará a la prima, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el asegurado y MAPFRE a la fecha de celebración del contrato.

Los pagos de primas deberán ser hechos en las oficinas de MAPFRE, contra la entrega del recibo oficial que ésta expida.

El recibo de nómina donde aparezca el cargo correspondiente de las primas será prueba suficiente de dicho pago. En caso de que por causas imputables al asegurado no pueda efectuarse el recargo, el seguro cesará en sus efectos.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a MAPFRE le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. MAPFRE proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10. ESPERA EN EL PAGO DE PRIMAS

Para este efecto las primas se entenderán vencidas al comienzo de cada período pactado.

El contratante cuenta con un periodo de espera de treinta días naturales para liquidar el total de la prima o de cada una de las fracciones convenidas.

Si no hubiera sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos del pago fraccionado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo. Durante dicho período el contrato continuará en pleno vigor. Si durante el mismo plazo ocurre el fallecimiento del asegurado, MAPFRE pagará el importe del seguro convenido en esta póliza si procede conforme a derecho y una vez que haya recibido pruebas del deceso, descontando el importe de la prima anual no pagada o la parte de la prima del año en curso hasta completar la anualidad íntegra que estuviere en descubierto, así como cualquier otro adeudo derivado de esta póliza que el asegurado haya tenido con MAPFRE.

11. EDAD

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MAPFRE, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de MAPFRE se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si MAPFRE hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MAPFRE estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, MAPFRE estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Los límites de admisión fijados por MAPFRE para este contrato son: 20 años de edad como mínimo y 56 años como máximo para el plazo de 9 años y 60 como máximo para el plazo de 5 años.

La edad del asegurado asentada en la póliza debe comprobarse, presentando prueba fehaciente a MAPFRE, quien extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba. Este requisito debe cubrirse por el asegurado o los beneficiarios de la póliza antes de que MAPFRE efectúe el pago de la suma asegurada.

Si al comprobar la edad, ésta resultara fuera de los límites de admisión fijados por MAPFRE, se rescindirá el contrato devolviéndose únicamente la reserva matemática que corresponda al contrato en esa fecha.

12. BENEFICIARIOS

El asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto deberá notificar por escrito a MAPFRE, expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios para su anotación en el endoso de la respectiva póliza. En caso de que MAPFRE no reciba oportunamente dicha notificación, el asegurado conviene en que MAPFRE pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado, ya sea en la póliza o en el respectivo endoso.

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 la póliza y comunicárselo así al beneficiario de acuerdo con lo ordenado por el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro formará parte de la sucesión del asegurado y se cubrirá a quién acredite fehacientemente y a entera satisfacción de MAPFRE, ser representante legal de dicha sucesión o en su defecto a los herederos legalmente reconocidos por las autoridades correspondientes.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario 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 supervivientes siempre que el asegurado no hubiera estipulado otra cosa.

Advertencia

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quién en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada”.

13. DISPUTABILIDAD

Este contrato y cada cobertura amparada en el mismo, serán disputables en los casos de omisión o de inexacta declaración de los hechos importantes al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración, durante los dos primeros años desde su fecha de vigencia o la de su última rehabilitación. En caso de aumento de la suma asegurada, será también disputable durante los dos primeros años a partir de la fecha de su aumento.

14. AVISO DE SINIESTRO

El asegurado o el beneficiario deberán dar aviso a MAPFRE dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos correspondientes que al efecto le sean solicitados.

15. SUICIDIO

En caso de que la muerte del asegurado ocurriese por suicidio durante los dos primeros años contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la última rehabilitación de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del asegurado, la obligación de MAPFRE se limitará únicamente a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

16. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Y si la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros no es designado árbitro, y quedan a salvo los derechos de las partes, el reclamante podrá acudir a los Tribunales Competentes.

17. COMUNICACIONES

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

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

18. 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 de fallecimiento, la prescripción será de dos años.

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

19. INTERESES MORATORIOS

Si MAPFRE no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor, en términos de lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, MAPFRE pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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, MAPFRE estará obligada a pagar un interés moratorio que 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.

20. REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, como se prevé en su cláusula 9, éste puede ser rehabilitado, siempre y cuando no haya transcurrido más de seis meses desde la fecha de su última cancelación y el contratante lo solicite por escrito a MAPFRE, en cualquier momento de dicho lapso y antes de la fecha de vencimiento del plan. La rehabilitación estará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y salud satisfactorias para MAPFRE así como al pago de una prima mínima suficiente para mantener la póliza en vigor y cualquier otra deuda derivada de esta póliza con un recargo calculado a la tasa de interés autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

21. CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

22. CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (ÚLTIMOS GASTOS)

MAPFRE se obliga, al ocurrir el fallecimiento de los asegurados en sus respectivas coberturas, siempre que el contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido mas de dos años desde su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada al beneficiario designado al efecto en la póliza con la sola presentación del certificado de defunción.

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

El porcentaje que se adelantará será del 10% de la indemnización que corresponda por la cobertura básica y por las coberturas adicionales temporales en la modalidad individual o mancomunado, con un mínimo de 300 días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México y con un máximo de 1,500 días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México. En caso de que existan dos o más pólizas de los mismos asegurados, esta cláusula operará solo sobre una de las pólizas.

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

En el caso de que la póliza se encuentre gravada con préstamo y el saldo a favor de los beneficiarios sea menor que la cantidad que ampara esta cláusula, se considerará como pago máximo por la misma y como finiquito de la póliza, el saldo a favor de los beneficiarios.

23.- 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 al momento de contratar el seguro.

- 2.- Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto, pudiendo ser por correo certificado o correo ordinario, o bien
- 3.- A través de fax o cuenta de correo electrónico del contratante o asegurado.

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 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 01 800 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 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 01 800 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.

COBERTURAS ADICIONALES

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (BITA)

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

Durante la vigencia de la póliza el asegurado gozará del beneficio de invalidez total y permanente de conformidad con las siguientes bases:

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los efectos de esta cláusula, se considerará "invalidez total y permanente", cuando el asegurado haya sufrido, durante la vigencia de la póliza, lesiones corporales a consecuencia de un accidente que, irreversiblemente, lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente, siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor de seis meses.

También se considera como invalidez total y permanente por accidente la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos a consecuencia de un accidente, la anquilosis o pérdida de ambas manos, de ambos pies o 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 a consecuencia de un accidente, o la enajenación mental absoluta e incurable a consecuencia de un accidente y las afecciones crónicas consecuencia de un accidente que produzcan un estado por el que el asegurado quede definitivamente condenado a inmovilidad. En estos casos no opera el período arriba mencionado de seis meses.

Se entenderá por accidente la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa absolutamente ajena a la voluntad del asegurado o de un tercero y que

le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez total y permanente, siempre que esto ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

BENEFICIO

MAPFRE conviene en eximir al asegurado que haya comprobado su estado de invalidez total y permanente, en las condiciones señaladas en el párrafo anterior, del pago de las primas básicas que le correspondan y que venzan después de que se presentó dicho estado de invalidez.

PRUEBAS

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado deberá presentarle pruebas satisfactorias de que su estado de invalidez es total y permanente, reservándose MAPFRE el derecho de exigirle al asegurado las pruebas que juzgue convenientes sobre dicho estado de invalidez.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Este beneficio quedará cancelado automáticamente en cualquiera de las siguientes situaciones, la que ocurra primero:

- a) Al término de la vigencia de la cobertura básica.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 60 años.
- c) Cuando la póliza a la que se adhiera esta cobertura sea cancelada por cualquier causa.

PRIMA

MAPFRE concede este beneficio de invalidez total y permanente con la obligación del pago de una prima adicional que se encuentra incluida en la prima total que se paga MAPFRE.

PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (PASI)

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

Durante la vigencia de la póliza el asegurado gozará del beneficio de invalidez total y permanente de conformidad con las siguientes bases:

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los efectos de esta cláusula, se considerará “invalidez total y permanente”, cuando el asegurado haya sufrido, durante la vigencia de la póliza, lesiones corporales a consecuencia de un accidente que, irreversiblemente, lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y aptitudes, y cuando dicha imposibilidad sea de carácter total y permanente, siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor de seis meses.

También se considera como invalidez total y permanente por accidente la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, la anquilosis o pérdida de ambas manos, de ambos pies o 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, o la enajenación mental absoluta e incurable y las afecciones crónicas que produzca un estado por el que el quede definitivamente condenado a inmovilidad. En estos casos no opera el período arriba mencionado de seis meses.

Se entenderá por accidente la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa absolutamente ajena a la voluntad del asegurado o de un tercero y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez total y permanente, siempre que esto ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

BENEFICIO

MAPFRE conviene en pagarle al asegurado cuando quede invalidado total y permanentemente, MAPFRE en las condiciones señaladas en el párrafo anterior, el 200% de la suma asegurada indicada para este beneficio en la carátula de la póliza.

PRUEBAS

Para que MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado deberá presentarle pruebas satisfactorias de que su estado de invalidez es total y permanente, reservándose MAPFRE el derecho de exigirle al asegurado las pruebas que juzgue convenientes sobre dicho estado de invalidez.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Este beneficio quedará cancelado automáticamente en cualquiera de las siguientes situaciones, la que ocurra primero:

- a) Al término de la vigencia de la cobertura básica.
- b) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 60 años.
- c) Cuando el asegurado reciba cualquier pago de suma asegurada consecuencia de este beneficio.
- d) Cuando la póliza a la que se adhiera esta cobertura sea cancelada por cualquier causa.

PRIMA

MAPFRE concede este beneficio de invalidez total y permanente mediante la obligación del pago de una prima adicional que se encuentra incluida en la prima total que se paga MAPFRE.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- A) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- B) Tratamiento medico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.**
- C) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**

- D) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- E) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- F) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad y resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- G) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- H) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo tipo delta, rafting, espeleología, caza, cualquier deporte aéreo.**
- I) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- J) Padecimientos mentales o corporales.**
- K) Drogadicción.**
- L) Abortos cualquiera que sea la causa, excepto accidental.**
- M) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- N) Radiaciones ionizantes.**
- O) Lesiones sufridas por el asegurado estando bajo los efectos de algún enervante, estimulantes o similares, excepto que sean prescritos por un médico y así quede demostrado.**
- P) Envenenamiento excepto que se demuestre que fue accidental.**
- Q) Alcoholismo.**
- R) Cuando el asegurado tenga una cantidad de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro, o de alcohol en aire expirado superior a 0.4 miligramos por litro.**
- S) Suicidio, cualquiera que sea su causa.**

- T) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por lesiones en accidentes.**
- U) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio asegurado.**
- V) Accidentes que ocurran por la participación de cualquier forma de navegación submarina.**
- W) Homicidio intencional y accidentes ocurridos a consecuencia de la intervención del asegurado.**

“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 15 de octubre de 2008, con el número BADI-S0041-0090-2008”.

COBERTURA DE SERVICIOS FUNERARIOS

Este endoso operará únicamente, si en la póliza se indica que se tiene contratada esta cobertura.

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

1. ASEGURADOS

Es la o las personas físicas amparadas en la carátula de la póliza de servicios funerarios.

Estas personas pueden ser:

Asegurado titular: asegurado de la cobertura básica.

Dependientes económicos: el cónyuge, concubina o concubinario del asegurado titular e hijos solteros menores de 26 años incluidos en la póliza.

2. VIGENCIA

La vigencia de esta cobertura es de un año.

3. COBERTURA

MAPFRE proporcionará el servicio funerario en el momento que ocurra el deceso de cualquiera de los asegurados estipulados en el endoso de aniversario, siempre y cuando éste ocurra durante la vigencia de la misma.

El servicio funerario que MAPFRE proporcionará consistirá en lo siguiente:

- Gestión de trámites administrativos¹.
- Traslado del cuerpo a la funeraria dentro de la localidad, Municipio o zona conurbana donde éste se encuentre.

¹. Gestión para que el asegurado obtenga los documentos oficiales de acta de defunción y certificado médico.

- Preparación estética del cuerpo.
- Ataúd estándar metálico.
- Uso de la sala de velación de la funeraria o en su caso, accesorios para velación en domicilio.
- Cremación del cuerpo y urna estándar o en su caso; traslado del cuerpo para su inhumación o cremación dentro de la localidad, Municipio o zona conurbana.
- Consulta jurídica familiar telefónica².
- Tramitación de documentos por fallecimiento.

Una vez proporcionado el servicio funerario, no existe obligación alguna entre MAPFRE y los deudos.

El servicio proporcionado por esta cobertura, no obliga a MAPFRE a aceptar los siniestros de otras pólizas.

4. REEMBOLSO

Cuando el servicio funerario no pueda ser proporcionado por MAPFRE, entonces ésta reembolsará el monto total correspondiente a los gastos funerarios realizados por el deudo hasta por un máximo de 20 salarios mínimos generales mensuales vigentes en la Ciudad de México.

En caso de proceder el reembolso, éste se pagará al deudo que compruebe los gastos realizados por el servicio funerario, para lo cual deberá presentar las facturas a su nombre.

5. EDAD

Los límites de edad de admisión fijados por MAPFRE, para los asegurados titulares y cónyuges o concubinas(narios) serán como mínimo 15 años y como máximo 70 años de edad y para los hijos solteros el límite máximo de edad será 25 años de edad.

6. PERIODO DE ESPERA

Para que esta cobertura surta efecto se aplicará un periodo de espera de tres meses, excepto por muerte accidental. El periodo de espera inicia a partir de la fecha de alta del asegurado en esta cobertura.

7. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se renovará en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la vigencia mientras el plan al que se adiciona permanezca vigente.

La prima correspondiente a la renovación automática se obtendrá con base a la edad alcanzada del asegurado al momento de efectuarse la renovación.

². Consiste en brindar a los familiares del asegurado fallecido asesoría telefónica en las consultas jurídicas referentes al fallecimiento del asegurado, específicamente en temas referentes a: sucesiones, pensiones, seguros, contratos de arrendamiento y reclamaciones a terceros.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE SERVICIOS FUNERARIOS

Esta cobertura excluye lo siguiente:

- A) Servicios funerarios fuera de la República Mexicana.**
- B) Los gastos de traslado fuera de la localidad, municipio o zona conurbada donde se encuentre el cuerpo.**
- C) Repatriación.**
- D) Gastos por servicios funerarios no proporcionados por MAPFRE, salvo cuando el servicio no exista en la localidad que se requiera.**
- E) Gastos realizados por servicios funerarios adicionales o diferentes a los proporcionados por MAPFRE.**
- F) Reembolso de gastos realizados por servicios funerarios cuando el reclamante no hubiese solicitado el servicio funerario a MAPFRE al momento del fallecimiento del asegurado.**
- G) Los hechos y actos derivados de terrorismo, motín, tumulto, alboroto popular o huelgas.**
- H) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- I) Los derivados de energía radiactiva.**
- J) Gastos médicos u hospitalarios.**
- K) Servicios y gastos administrativos por muertes en los que intervenga el Ministerio Público o cualquier otra autoridad.**
- L) Transporte para los deudos y/o acompañantes.**
- M) Gastos realizados por servicios de contexto social o religioso que se utilicen en el evento fúnebre.**

“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 28 de abril de 2005, con el número CNSF-S0041-0024-2005”.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Para que se cumplan las obligaciones relativas al pago de siniestros y a fin de servirle oportuna y eficazmente al ocurrir el evento cubierto, es necesario que la documentación reúna todos los requisitos.

Para tramitar el pago por siniestro ocurrido a un asegurado, siempre se deberá presentar, además de la documentación que corresponda por concepto del tipo de reclamación de que se trate, el formato de reclamación de siniestro de vida, mismo que es proporcionado por MAPFRE, y debe ser entregado en original.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO:

- **INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO:** Debe ser llenada y firmada por alguno de los beneficiarios según se indica en la forma, en caso de menores de edad deberá firmar el tutor o representante legal. En caso de invalidez o pérdida orgánica, deberá ser llenado por el propio asegurado.
- **INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS:** Deberá ser requisitada por todos y cada uno de los beneficiarios designados, indicando parentesco, porcentaje de la suma asegurada y firma. En caso de menores de edad, deberá firmar el tutor o representante legal. En caso de invalidez o pérdida orgánica, deberá ser llenado por el propio asegurado.
- **DECLARACIÓN DE TESTIGOS (Solo para el caso de fallecimiento):** Debe ser llenada y firmada por al menos dos personas mayores de edad que no sean beneficiarios ni familiares del asegurado, que lo conocieron y que hayan visto el cadáver.
- **DATOS 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.
- **COBERTURA POR FALLECIMIENTO:** Deberá requisitarse por el mismo médico, solo en caso de fallecimiento.
- **COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** Deberá requisitarse por el mismo médico solo en caso de que el asegurado esté reclamando el beneficio de invalidez total y permanente.
- **COBERTURA POR ACCIDENTE:** Deberá requisitarse por el mismo médico o la autoridad que tomo conocimiento del accidente, si el evento cubierto (fallecimiento, invalidez, o perdida orgánica) ocurrió por causa directa o indirecta del mismo.

Es importante señalar que los datos de firma y fecha que aparecen en la parte inferior de la segunda hoja de este formato, deberán ser llenados por el médico.

Adicionalmente, se deberá adjuntar la documentación que corresponda dependiendo del tipo de reclamación de que se trate, misma que a continuación se indica:

I. COBERTURA POR FALLECIMIENTO:

- A. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de defunción del asegurado.
- B. Copia certificada del certificado de defunción del asegurado.
- C. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de nacimiento del asegurado.
- D. Original de la identificación oficial del asegurado: cartilla, credencial de elector, pasaporte o cédula profesional.
- E. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de nacimiento de los beneficiarios.
- F. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de matrimonio. (Sólo en caso de que el cónyuge sea beneficiario)
- G. Original de la identificación oficial de los beneficiarios: cartilla, credencial de elector, pasaporte o cédula profesional.
- H. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido en su caso.
- I. En caso de que el beneficiario sea extranjero: documento que acredite su legal estancia en el país.
- J. Póliza de seguro original.
- K. Recibos originales de pago de primas.
- L. Si el objeto del contrato de seguro fue el de garantizar en caso de fallecimiento el pago de un préstamo, será necesario que se presente un estado de cuenta que certifique el Contador de la Institución de Crédito que haya otorgado el préstamo, así como copia certificada del documento origen del préstamo.

II. COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

- M. La documentación señalada en los puntos: C, D, J, K, L.
- N. 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.
- O. 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.

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

La información sobre las Unidades de Atención al Cliente de MAPFRE se encuentra en la dirección de internet <http://www.mapfre.com.mx/servicio-al-cliente/directoriooficinas-mapfre>.

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

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 5230 7120 en la Ciudad de México, o al 01 800 0 MAPFRE (627 373) lada sin costo desde el interior del país.

El trámite dará inicio hasta que MAPFRE cuente con todos los documentos mencionados en los párrafos anteriores, le sugerimos ingrese su 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.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA SERVICIOS FUNERARIOS

1. Al presentarse el siniestro, el deudo deberá reportarlo al número 5480 3816 si se encuentra dentro de la zona metropolitana y en la Ciudad de México, o bien al 01 55 5950 2190 lada sin costo, si corresponde al interior de la República Mexicana. Este servicio esta disponible las 24 horas del día los 365 días del año.
2. El deudo, proporcionará al proveedor la siguiente información:
 - Nombre del contratante.
 - Domicilio del contratante.
 - Nombre del asegurado titular.
 - Domicilio del asegurado titular.
 - Teléfono para contactar al deudo.

a) Datos del finado (asegurado fallecido)

 - Nombre completo, fecha de nacimiento y edad.
 - Lugar de nacimiento.

- Lugar y causa de fallecimiento.
 - Fecha de ocurrencia del siniestro.
 - Parentesco con el titular y/o contratante de la póliza.
3. México Asistencia, el proveedor de este servicio, le informará al deudo.
 - a) La dirección de la funeraria más cercana a la población donde se encuentra el finado.
 - b) El servicio que la funeraria deberá proporcionarle y que se indica en el endoso correspondiente a esta cobertura.
 - c) La documentación que deberá presentar ante la funeraria para que esta le otorgue el servicio correspondiente.
 - d) Las instrucciones generales para ser atendido en la funeraria asignada.
 - e) El proceso a seguir en caso de que el proveedor autorice al deudo según servicio o pago que esté fuera del servicio que se otorgue en esta cobertura.
 4. Toda reclamación de este servicio, tendrá que reportarse a los teléfonos indicados anteriormente.

ANEXOS

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

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

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 01 800 999 8080, con correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o página de internet www.condusef.gob.mx.

Aviso de siniestro

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización el 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

Artículos 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 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.
- II. En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar 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. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes

conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el Artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los Artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del Artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **LCS**
Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **LISF**
Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
- **RESERVA MATEMÁTICA**
Corresponde al valor del pasivo que se genera para MAPFRE como consecuencia de las obligaciones contraídas en un contrato de seguro.
- **SEGURO SALDADO**
Se refiere a la suma asegurada a la cual tendría derecho el contratante en caso de querer continuar con su seguro, sin más pago de primas.
- **VALOR DE RESCATE**
Cantidad que le correspondería al contratante en caso de cancelar la póliza de seguro.
- **VALORES GARANTIZADOS**
Derecho del asegurado para ser uso de la reserva matemática constituida.

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 9 de noviembre de 1999, con el número DVA-S-586/99/CONDUSEF-002364-02.”

Última actualización Octubre 2017.



MAPFRE

PARA MAYORES INFORMES
CONSULTA A TU AGENTE DE MAPFRE

EN LA CIUDAD DE MÉXICO

5230 70 00

DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA
SIN COSTO

01 8000 627373

www.mapfre.com.mx

VI-750