

Condiciones Generales PROTEGELA

Condiciones Generales
PROTEGELA





CONDICIONES GENERALES

PROTEGELA

ÍNDICE DE CONTENIDO

Cláusula 1a. Definiciones	3
Cláusula 2a. Contrato de Seguro.....	4
Cláusula 3a. Beneficio Amparado.....	4
Cláusula 4a. Exclusiones.....	7
Cláusula 5a. Servicios Adicionales.....	9
Cláusula 6a. Enfermedad Preexistente.....	10
Cláusula 7a. Arbitraje Médico.....	10
Cláusula 8a. Límite de Edad.....	11
Cláusula 9a. Periodo del Seguro.....	11
Cláusula 10a. Renovaciones.....	11
Cláusula 11a. Primas.....	12
Cláusula 12a. Aviso de Siniestro.....	12
Cláusula 13a. Prescripción.....	13
Cláusula 14a. Omisiones e Inexactas Declaraciones.....	13
Cláusula 15a. Indemnización por Mora.....	13
Cláusula 16a. Moneda.....	13
Cláusula 17a. Notificaciones.....	14
Cláusula 18a. Competencia.....	14
Cláusula 19a. Designación de Beneficiarios.....	14
Cláusula 20a. Artículos Citados en las Condiciones Generales.....	15
Cláusula 21a. Entrega de Documentación Contractual.....	18

CLÁUSULA 1a. DEFINICIONES

- a) **ACCIDENTE.-** Es la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa absolutamente ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia.
- b) **ASEGURADO.-** Es aquella persona que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas en la póliza de seguro.
- c) **CÁNCER.** Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno que ponga en peligro la vida de la asegurada, caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas y la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o su metástasis o grandes números de células malignas en el sistema linfático o circulatorio.
- d) **CONTRATANTE.-** Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro para sí o para terceros y se compromete a pagar las primas.
- e) **ENDOSO.-** Es el documento que forma parte del Contrato de Seguro y que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del mismo.
- f) **ENFERMEDAD.-** Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- g) **ENFERMEDAD CONGÉNITA.-** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.
- h) **ENFERMEDAD PREEXISTENTE.-** Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del presente Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en la carátula de la póliza).
- i) **SIGNO:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.
- j) **SÍNTOMA:** Es un fenómeno o anomalía (solo es percibida por el paciente) que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
- k) **PERITO MÉDICO:** Médico Especialista certificado por el consejo correspondiente o alguna autoridad.
- l) **HOSPITAL.-** Institución de Salud legalmente autorizada para la atención médica hospitalaria y certificada por la Secretaría de Salud de acuerdo a los parámetros establecidos por ella.
- m) **INDEMNIZACIÓN POR PADECIMIENTO.-** Es el monto que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará por cada padecimiento cubierto.
- n) **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-** Es el pago a cargo de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** y que se realiza:

- a) Directamente a los asegurados.
 - b) En el caso que el asegurado fallezca con motivo de un tratamiento o intervención quirúrgica amparada en la póliza de seguro, la indemnización procedente se pagará al beneficiario designado en la Solicitud de Seguro y a falta de éste a su sucesión legal.
- o) **PERIODO DE CARENCIA.**- Es el número de días de hospitalización que deben transcurrir desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** deba pagar la indemnización diaria. Este período se menciona en la carátula de la póliza.
- p) **PERIODO DE ESPERA.**- Tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado en los padecimientos, de acuerdo a las condiciones generales y especiales del contrato.

CLÁUSULA 2a. CONTRATO DE SEGURO.

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

Se entiende por carátula de la póliza el documento en el que constan los datos generales del Contrato de Seguro, tales como nombre del contratante, nombre del asegurado, edad, suma asegurada, riesgos cubiertos, firma de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** 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).

CLÁUSULA 3a. BENEFICIO AMPARADO.

A continuación se muestran las coberturas amparadas, según el plan que aparece en el certificado individual de seguro.

PROTEGELA.

Las coberturas amparadas son las que se especifican a continuación:

3.1 MUERTE ACCIDENTAL. Si durante la vigencia del certificado individual, la ASEGURADA sufre un accidente y como consecuencia del mismo, pierde la vida dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura a los beneficiarios designados.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

3.2 TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL. Si durante la vigencia del certificado individual, la ASEGURADA se le practica una cirugía de trasplante de un órgano vital, como receptor, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura, en dos exhibiciones: el 50% de

la Suma Asegurada en el momento de la demostración requerida para cada cobertura, y el otro 50%, después de haber transcurrido un período de veintiocho (28) días naturales a partir de la demostración, siempre y cuando la ASEGURADA sobreviva dicho periodo.

Para hacer efectivo este beneficio, la ASEGURADA deberá presentar historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

La cirugía de trasplante, deberá ser de uno de los siguientes órganos humanos, como consecuencia de la falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente:

- Corazón, Pulmón, Hígado, Riñón, Páncreas.
- Médula Ósea usando células madre del sistema hematopoyético, precedido por una ablación total de medula ósea.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 90 días contados a partir del inicio de vigencia del certificado individual y solo se pagará un evento en la vida de la ASEGURADA.

3.3 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

Si durante la vigencia del certificado individual, a la ASEGURADA se le diagnóstica un Cáncer cérvico uterino, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, según se estipula a continuación, una vez demostrada la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida de la ASEGURADA de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá que existe cáncer cuando hay presencia, en el cuello uterino, de células cancerosas (malignas) caracterizadas por su proliferación, crecimiento descontrolado y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o su metástasis. **No se cubre el cáncer cérvico uterino en etapa I (IN SITU*)**. Se requiere estudio histopatológico.

La Suma Asegurada se pagará en cuatro exhibiciones, de la siguiente manera:

Si se detecta por primera vez la Enfermedad:

- a) Se pagará el 10% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado.
- b) Se pagará el 30% de la Suma Asegurada, después de 3 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- c) Se pagará el 70% de la Suma Asegurada, después de 6 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- d) Se pagará el 100% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticada la Etapa IV**, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

*Se entiende por etapa I (IN SITU), cuando el cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

**Se entiende por etapa IV. Cuando las células cancerosas se han diseminado a otros tejidos del cuerpo (huesos, pulmones, hígado o cerebro), y también localmente a la piel y a los ganglios linfáticos del cuello y clavícula.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 90 días contados a partir del inicio de vigencia del certificado individual y solo se pagará un evento en la vida de la ASEGURADA.

3.4 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA. Si durante la vigencia del certificado individual, a la ASEGURADA se le diagnóstica un Cáncer de Mama, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, según se estipula a continuación, una vez demostrada la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida de la ASEGURADA.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como cáncer de mama a la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

La Suma Asegurada se pagará en cuatro exhibiciones, de la siguiente manera:

Si se detecta por primera vez el cáncer de mama:

- a) Se pagará el 10% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado.
- b) Se pagará el 30% de la Suma Asegurada, después de 3 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- c) Se pagará el 70% de la Suma Asegurada, después de 6 meses de ser diagnosticado, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.
- d) Se pagará el 100% de la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticada la Etapa IV*, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

*Se entiende por etapa IV. Cuando las células cancerosas se han diseminado a otros tejidos del cuerpo (huesos, pulmones, hígado o cerebro), y también localmente a la piel y a los ganglios linfáticos del cuello y clavícula.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 90 días contados a partir del inicio de vigencia del certificado individual y solo se pagará un evento en la vida de la asegurada.

3.5 INDEMNIZACIÓN POR PRÓTESIS POR CIRUGÍA RADICAL DE CÁNCER DE MAMA.

Si a consecuencia de una cirugía radical por cáncer de mama sobre la mujer, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, la ASEGURADA requiere de alguna prótesis e implantación de la misma, derivada de este padecimiento de cáncer y cubierto por esta Póliza, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en el Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 90 días contados a partir del inicio de vigencia del certificado individual y solo se pagará un evento en la vida de la ASEGURADA y tiene que haber reclamado y procedido la indemnización de acuerdo al punto 3.4.

3.6 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER.

MAPFRE TEPEYAC, S.A. pagará una indemnización diaria por hospitalización a la ASEGURADA, si éste es internado en un hospital por un período mínimo de doce (12) horas continuas, a causa de un cáncer que sufra durante la vigencia de la Póliza y, limitándose a un período máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el periodo de carencia que se estipula en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual respectivo.

El período máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el período máximo de Beneficio de ciento ochenta (180) días.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 90 días contados a partir del inicio de vigencia del certificado individual y solo se pagará un evento en la vida de la ASEGURADA.

CLÁUSULA 4a. EXCLUSIONES

Este seguro no ampara y por consiguiente la indemnización no será pagada como consecuencia de:

- a) Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este Contrato de Seguro.**
- b) Enfermedades preexistentes o aquellas que ocurran durante el período de espera establecido en las presentes condiciones generales.**
- c) Padecimientos o accidentes originados como consecuencia de un intento de suicidio o culpa grave del asegurado.**
- d) Enfermedades congénitas.**

- e) **Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- f) **Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios.**
- g) **Cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ).**
- h) **Guerra declarada o no, civil o internacional, así como la prestación de servicios del asegurado en las fuerzas guerra declarada o no, civil o internacional, así como la prestación de servicios del asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.**
- i) **Pelear o riñas, salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste siempre y cuando sean notificadas al Ministerio Público.**
- j) **Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- k) **Accidentes ocurridos por culpa grave del asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- l) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles y de lanchas; o cualquier otro deporte similar o de alto riesgo.**
- m) **La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- n) **Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: que este viajando como pasajero en un avión**

comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

- o) Riesgos nucleares o atómicos.**
- p) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el complejo sintomático relacionado con el sida y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.**
- q) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.**
- r) Cuando el cáncer se origine en una región diferente a lo establecido en la cláusula 3.3 y 3.4.**
- s) Enfermedad de las coronarias que no requieren cirugía, incluyendo en la exclusión la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.**
- t) Cuando el asegurado viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.**
- u) Cuando el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional ó amateur.**

CLÁUSULA 5ª SERVICIOS ADICIONALES

• Asistencia Médica Telefónica 24/365

Este servicio consiste en ofrecer asistencia telefónica las 24 horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional para asesorar al asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar. El equipo médico de la compañía no emitirá un diagnóstico pero a solicitud del asegurado y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico ya sea:

- a) Por una visita personal de un médico o,
- b) Concertando una cita con un médico o,
- c) En un centro hospitalario.

La compañía pondrá también a disposición del asegurado información de los siguientes servicios:

- a) Nombre, dirección, teléfono y especialidad de médicos.

- b) Nombre, dirección y teléfono de hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias.
- c) Organización de servicios médicos urgentes y programados.

La compañía no será responsable con respecto a ninguna atención o falta cometida por dichos médicos o instituciones médicas ya que solo se trata de una recomendación.

• **Acceso a descuentos con proveedores de MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

A través de este servicio, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** otorgará a sus asegurados descuentos en los servicios y beneficios proporcionados por su red de proveedores vigente.

Para que el asegurado conozca la red de proveedores vigente, así como los descuentos de servicios y beneficios disponibles, deberá comunicarse al número telefónico que aparece en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA 6a. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

MAPFRE TEPEYAC, S.A. podrá requerir al solicitante someterse a un examen médico para el seguro.

Si el asegurado se sometió al examen médico para el seguro; **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** no excluirá enfermedades preexistentes que no hubiesen sido diagnosticadas en el examen médico, salvo lo siguiente.

MAPFRE TEPEYAC, S.A. podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato:
 - 1) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o;
 - 2) Se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o;
 - 3) Mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

CLÁUSULA 7a. ARBITRAJE MEDICO

En caso de que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** rechace una reclamación considerando que la enfermedad es preexistente, el reclamante podrá optar en acudir ante una persona

física o moral que sea designada por el reclamante y **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, a fin de someterse a un arbitraje privado independiente.

MAPFRE TEPEYAC, S.A. acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

CLÁUSULA 8a. LIMITE DE EDAD

El límite mínimo de aceptación es de 18 años y el máximo es de 60 años, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovación ininterrumpida de la póliza hasta los 69 años de edad.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, se aplicarán las reglas establecidas en el artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

MAPFRE TEPEYAC, S.A. se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez comprobada la edad, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

CLÁUSULA 9a. PERÍODO DEL SEGURO

Las partes convienen expresamente que el período del seguro contratado inicialmente o por renovación sea de un año.

CLÁUSULA 10a. RENOVACIONES

MAPFRE TEPEYAC, S.A. otorgará al asegurado la renovación de su contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia, salvo especificación en contrario por parte del ASEGURADO. La prima que se cobrará en cada renovación será la que se encuentre vigente al momento de la misma, el pago de la prima acreditado mediante el recibo oficial extendido por **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

El incremento en prima que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 11a. PRIMAS

La prima es el costo del seguro para cada asegurado, en cuyo monto se incluyen gastos de expedición, tasa de financiamiento por pago fraccionado que, en su caso, pactada entre el asegurado y **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** en la fecha de celebración del Contrato de Seguro y el IVA.

La prima vencerá en la fecha indicada como inicio de vigencia en la carátula de la póliza y si el contratante opta por el pago fraccionado de la misma, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

El contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción pactada. Las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período, por lo que si no son cubiertas al momento de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

De igual forma, a las doce horas del último día del período de gracia a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto la prima correspondiente.

Las primas deberán pagarse en el domicilio de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** señalado en la carátula de la póliza, quien expedirá el recibo correspondiente. Sin perjuicio de esta obligación, se podrá convenir con el contratante que el pago se realice mediante cargo en cuenta de cheques u otros instrumentos financieros que se acuerden, obligándose el contratante a tener los saldos suficientes para realizar el cargo por el importe completo de la prima. Hasta en tanto **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo, será prueba suficiente de dicho pago. En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo correspondiente, el Contrato de Seguro cesará en sus efectos en forma automática.

En caso de siniestro, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** podrá deducir de la indemnización, el total de las primas pendientes, hasta completar la totalidad de la prima vencida no pagada.

CLÁUSULA 12a. AVISO DE SINIESTRO.

Cualquier reclamación realizada por el contratante y/o asegurado relacionada con el presente seguro para el pago de siniestros, se deberá hacerse por escrito a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

MAPFRE TEPEYAC, S.A. tendrá el derecho de exigir al reclamante, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el contratante, asegurado y/o beneficiario, según corresponda, deberá comprobar a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** la realización del siniestro, debiendo presentar las formas de reclamación que para tal efecto se les proporcionen debidamente requisitadas, así como los documentos que correspondan.

Las reclamaciones que resulten procedentes, serán liquidadas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** haya recibido toda la documentación que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Toda indemnización será pagada al contratante, asegurado o beneficiario designado, según corresponda.

CLÁUSULA 13a. PRESCRIPCIÓN

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

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias y por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA 14a. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

El contratante y asegurados están obligados a declarar por escrito a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, 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 de Seguro.

La omisión e inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 15a. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, no obstante 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, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CLÁUSULA 16a. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del contratante, asegurado o **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria en vigor a la fecha de pago.

CLÁUSULA 17a. NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** por escrito en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** deba realizar al contratante, asegurado o beneficiarios, deberán hacerse en la última dirección que conozca **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

CLÁUSULA 18a. COMPETENCIA

Si para los casos previstos en la cláusula 6ª, el reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 TEPEYAC, S.A.** 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, o acudir directamente ante los Tribunales competentes.

CLÁUSULA 19a. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Persona ó personas designadas por el asegurado para hacer efectivo el cobro de la indemnización de la póliza.

El asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente a los beneficiarios. Para este efecto deberá notificar por escrito a **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, 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 TEPEYAC, S.A.** no reciba oportunamente dicha notificación, el Asegurado conviene en que dicha compañía pague sin ninguna responsabilidad, el importe del seguro al último beneficiario registrado, ya sea en la póliza o en el respectivo endoso.

Es requisito indispensable designar beneficiarios; en caso de no existir designación de estos, la indemnización correspondiente se hará al cónyuge del asegurado, si este faltará se pagará en partes iguales a los hijos del asegurado que sean mayores de edad, a falta de estos a los padres del asegurado, y a falta de estos a la sucesión legal del asegurado hasta designar albacea.

Cuando existan varios Beneficiarios y uno de estos fallece antes que el Asegurado, la parte correspondiente del beneficiario fallecido se distribuirá proporcionalmente entre los Beneficiarios sobrevivientes 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

CLÁUSULA 20a. ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 8 (Ley sobre el Contrato de Seguro).- 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 (Ley sobre el Contrato de Seguro).- 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 (Ley sobre el Contrato de Seguro).- 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 (Ley del Contrato del Seguro).- 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 (Ley sobre el Contrato de Seguro).- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

ARTÍCULO 71 (Ley Sobre el Contrato de Seguro). El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

ARTÍCULO 81 (Ley del Contrato del Seguro).- 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 (Ley del Contrato del Seguro).- 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 135 Bis (Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros). Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 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, la empresa de seguros 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, la empresa de seguros 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;

- III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

- VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

ARTICULO 161 (Ley sobre el Contrato de Seguro).- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, 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 **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** 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 TEPEYAC, S.A.** 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 hubiere 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 TEPEYAC, S.A.** 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, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.** estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 21a. ENTREGA DE DOCUMENTACION CONTRACTUAL

La Compañía 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 la Compañía utilice para el efecto, pudiendo ser por correo certificado o correo ordinario, o bien
- 3.- A través de Fax ó cuenta de correo electrónico del contratante o asegurado.

La Compañía 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 la Compañía, comunicándose al teléfono: 01-800-801-32-23 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 al teléfono: 01-800-801-32-23 lada sin costo desde el interior del país. La Compañía 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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0041-1022-2010 de fecha 19 de enero de 2011.







**PARA MAYORES INFORMES
CONSULTA A TU AGENTE DE MAPFRE**

O LLÁMANOS DESDE EL DISTRITO FEDERAL AL

5230 70 00

DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO

01 800 0 627373

www.mapfre.com.mx