AXA Seguros, S.A. de C.V.

Vida Aliados+®
Plan Personal de Retiro

Condiciones generales



Menú

I. Definiciones 4

1. Accidente 4
2. Actividad Deportiva o Afición de Alto Riesgo 4
3. Asegurado 4
4. Beneficiario 4
5. Cáncer Metastásico 4
6. Compañía 4
7. Contratante 4
8. Enfermedad Preexistente 4
9. Extraprima 4
10. Fondo de Aportaciones al PPR 4
11. Fondo PPR 4
12. Invalidez Total y Permanente 4
13. Periodo de Espera 5
14. Periodo de Gracia 5
15. Póliza o Contrato de Seguro 5
16. Plan Personal de Retiro (PPR) 5
17. Prima 5
18. Recargo Fijo 5
19. Siniestro 5
20. Suma Asegurada 5
21. UMA 5
22. Valores Garantizados 5

II. Objeto del Seguro 6

III. Leyes Aplicables 6

IV. Descripción del Seguro 7

1. Cobertura Básica 7
   a. Fallecimiento 7
   b. Supervivencia 7
2. Aspectos Fiscales del Plan Personal de Retiro (PPR) 7
3. Edades de Aceptación 8

V. Beneficios Incluidos 9

1. Anticipo por Fallecimiento 9
   a. Descripción 9
   b. Periodo de Espera 9
   c. Indemnización del Beneficio 9
2. Anticipo por Enfermedades Terminales 9
   a. Descripción 9
   b. Periodo de Espera 10
   c. Indemnización del Beneficio 10
   d. Comprobación de Enfermedad Terminal 10
   e. Exclusiones del Anticipo por Enfermedades Terminales 11

VI. Coberturas Adicionales 12

1. Coberturas Adicionales por Invalidez 12
   a. Descripción 12
   b. Edades de Aceptación 12
   c. Periodo de Espera 12
   d. Indemnización de las Coberturas 12
   e. Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente 13
   f. Exclusiones de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente 13
   g. Terminación de las Coberturas 14

VII. Procedimientos 15

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados 15
2. Incrementos no Programados de Suma Asegurada 15
3. Disminución de Suma Asegurada 16
4. Pruebas de Asegurabilidad 16

VIII. Cláusulas generales 17

1. Designación de Beneficiarios 17
2. Pago de la Prima 17
3. Moneda 17
4. Corrección del Contrato de Seguro 18
5. Indisputabilidad 18
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones 18
7. Notificaciones 18
8. Cambio de Ocupación 18
9. Agravación del Riesgo 18
10. Rehabilitación 19
11. Suicidio 19
12. Comprobación del Siniestro 19
13. Verificación de Edad 20
14. Pago del Seguro 20
15. Intereses Moratorios 20
16. Impuestos 20
17. Prescripción 21
18. Competencia 21
19. Terminación del Contrato de Seguro 21

20. Sanciones 21
21. Revelación de Comisiones 21
22. Entrega de la Póliza 21

IX. Listado de abreviaturas 22

X. Artículos citados 22

1. Ley Sobre el Contrato de Seguro 22
2. Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros 24
3. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 26
4. Ley del Impuesto Sobre la Renta 27
5. Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta 28
6. Resolución Miscelánea Fiscal 29

XI. Registro 30

XII. Anexo: Servicios de Asistencia 30

1. Disposiciones Previas 30
2. Definiciones 30
   a. Enfermedad o Padecimiento 30
   b. Representante 30
   c. Residencia Permanente 30
   d. Servicios de Asistencia 30
   e. Situación de Asistencia 30
3. Asistencia Tu Médico 24 Horas® 31
   a. Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día 31
   b. Consultas Médicas a Domicilio 31
   c. Traslado Médico de Emergencia 31
   d. Descuentos y Precios Preferenciales 31
4. Asistencia Funeraria 32
   a. Funcionamiento 32
   b. Servicios 32
5. Exclusiones 33

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá por:

1. Accidente
Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita; ajena a la voluntad del Asegurado, que le produce lesiones corporales e incluso la muerte. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Actividad Deportiva o Afición de Alto Riesgo
Los deportes, aficiones, actividades o pasatiempos que realiza el Asegurado, remunerados o no, que por su naturaleza o lugar donde se realizan implican mayor exposición a los riesgos cubiertos por este Contrato de Seguro a los que cualquier otra persona que no realiza estas actividades está expuesta.

3. Asegurado
Persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

4. Beneficiario
Persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización). En caso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente o el Anticipo por Enfermedades Terminales el Beneficiario es el mismo Asegurado.

5. Cáncer Metastásico
Es la presencia de uno o más tumores malignos, cuyas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen a órganos distantes, clasificado en Estadio IV, cualquier T, cualquier N y M1 de acuerdo con los criterios unificados del sistema de clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis o grado de propagación del tumor) de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Se incluyen melanoma maligno, sarcoma, leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin, todas ellas en su forma diseminada.

6. Compañía
AXA Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante la Compañía, es la institución que a cambio del Pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en la carátula de Póliza, durante la vigencia de la misma, la protección por las coberturas y beneficios indicados en la carátula de Póliza.

7. Contratante
Persona física que solicitó la celebración del Contrato de Seguro, y que se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones estipuladas en la Póliza.

Para efectos de este Contrato de Seguro, el Contratante deberá ser el Asegurado.

8. Enfermedad Preexistente
Lesión o Enfermedad en el Asegurado, que antes de la fecha de inicio de vigencia, vigencias sucesivas ininterrumpidas o la contratación de una cobertura adicional a las originalmente contratadas en este Contrato de Seguro:

a. Haya sido diagnosticada por un médico o

b. Provoque un gasto para su atención o tratamiento.

9. Extraprima
Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado.

10. Fondo de Aportaciones al PPR
Aportaciones adicionales al plan personal de retiro, realizadas por el Asegurado, durante la vigencia de la póliza, que permanecerán en este fondo, acreditándose los intereses que lleguen a obtener.

11. Fondo PPR
Es la suma del saldo del Fondo de Aportaciones al PPR, más la Suma Asegurada de supervivencia, acumulados al final del plazo del Contrato de Seguro.

12. Invalidez Total y Permanente
Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

a. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Asegurado por el resto de su vida para desempeñar su trabajo habitual u otro trabajo apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social.

b. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos; la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie; la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo. En ambos casos como consecuencia de:

   1) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta.

   2) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este.

   3) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

   Se entiende por:

   1) Pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

   2) Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.

3) Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.

4) Anquilosamiento: fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil que imposibilita su movimiento.

13. Periodo de Espera
Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de las coberturas, incremento no programado de la suma asegurada o la última rehabilitación de la Póliza, lo que ocurra al último, y de acuerdo con lo señalado en cada cobertura; para que ciertos riesgos sean cubiertos.

14. Periodo de Gracia
Plazo máximo que tiene el Contratante para pagar la Prima correspondiente, el cual será de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o del inicio de vigencia del recibo correspondiente al periodo facturado.

15. Póliza o Contrato de Seguro
Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la carátula de la Póliza, las condiciones generales, los endosos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

16. Plan Personal de Retiro (PPR)
Aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro, sociedades distribuidoras integrales de acciones de fondos de inversión o sociedades operadoras de fondos de inversión con autorización para operar en el país, siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria y cumplan los requisitos y las condiciones para mantener su vigencia, en los términos que para tal efecto establezca dicho órgano desconcentrado mediante reglas de carácter general.

17. Prima
Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada de las coberturas contratadas y la edad del Asegurado. Anualmente se cobrará el Recargo Fijo que la Compañía determine como parte de esta Prima.

18. Recargo Fijo
Es el monto actualizable periódicamente que se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

19. Siniestro
Realización de la eventualidad prevista y cubierta por el presente Contrato de Seguro, que da origen al pago de la Suma Asegurada.

20. Suma Asegurada
Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía elegido por el Contratante, por el cual el(los) Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por cada una de las coberturas contratadas. En la Suma Asegurada se consideran todos los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza o en los endosos correspondientes.

21. UMA
Unidad de Medida y Actualización definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, leyes de las entidades federativas y de las disposiciones jurídicas que emanen de las leyes mencionadas. El valor mensual de la UMA se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 (treinta punto cuatro) veces y su valor anual se calcula multiplicando su valor mensual por 12 (doce).

22. Valores Garantizados
Son los derechos económicos que tiene el Contratante en caso de no continuar con el pago de la Prima o cancelar la Póliza. Los Valores Garantizados son: Valor en Efectivo o Rescate, Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

II. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del Pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en la carátula de Póliza, durante la vigencia del Contrato de Seguro, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este.

Este Contrato de Seguro es un Plan Personal de Retiro (PPR) y se apega a lo dispuesto en el artículo 151-V de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR). La Compañía está incluida en el listado de instituciones autorizadas para administrar Planes Personales de Retiro.

III. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, Ley del Impuesto sobre la Renta y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

IV. Descripción del Seguro

El Asegurado, coberturas amparadas, Suma Asegurada, Prima, vigencia del Seguro y plazo de pago de Prima, están especificados en la carátula de la Póliza.

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y vencerá al terminar el plazo del seguro contratado. La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía en cuanto el Contratante rescate (decida terminar anticipadamente) la Póliza.

La Compañía cubrirá los Siniestros reclamados, por la cobertura básica y las coberturas y beneficios adicionales, sujeto a:

1) Que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.
2) La Póliza se encuentre vigente a la fecha del Siniestro.
3) Se trate de los riesgos amparados y se cumplan las condiciones de cobertura en cada caso.
4) El evento no se encuentre excluido.

1. Cobertura Básica

a. Fallecimiento

La Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura en una sola exhibición, o en 2 (dos) exhibiciones en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

b. Supervivencia

Si el Asegurado llega con vida al final de la vigencia del Contrato de Seguro:

1) La Compañía integrará el Fondo PPR y lo entregará al Contratante en una exhibición o en pagos mensuales, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.
2) En caso de haber procedido la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura en una sola exhibición, conforme a lo dispuesto en la cláusula de Pago del Seguro.

2. Aspectos Fiscales del Plan Personal de Retiro (PPR)

La Póliza se apega a lo dispuesto en el artículo 151-V de la Ley del Impuesto sobre la Renta y Regla 3.17.6 de la Resolución Miscelánea Fiscal 2024; o los que defina la autoridad fiscal en sustitución de los antes citados.

Artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta:

Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales: …

…

V. Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10% de los ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a cinco UMA elevadas al año.

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro, sociedades distribuidoras integrales de acciones de fondos de inversión o sociedades operadoras de fondos de inversión con autorización para operar en el país, siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria y cumplan los requisitos y las condiciones para mantener su vigencia, en los términos que para tal efecto establezca dicho órgano desconcentrado mediante reglas de carácter general. En el caso de que los planes personales de retiro sean contratados de manera colectiva, se deberá identificar a cada una de las personas físicas que integran dichos

planes, además de cumplir con los requisitos que para tal efecto establezca el Servicio de Administración Tributaria mediante reglas de carácter general. En estos casos, cada persona física estará sujeta al monto de la deducción a que se refiere el párrafo anterior.

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de este Título.

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

Regla 3.17.6 de la Resolución Miscelánea Fiscal:
Para los efectos del artículo 151, fracción V de la Ley del ISR, se estará a lo siguiente:

I. El contrato de apertura de la cuenta o el canal de inversión de que se trate, deberá contener, cuando menos, lo siguiente:

   a) La mención de ser un plan personal de retiro.

   b) Los efectos fiscales de las aportaciones al plan personal de retiro, de los rendimientos que ellas generen y del retiro de ambos.

II. Los recursos invertidos en el plan personal de retiro y sus rendimientos podrán retirarse cuando el titular se ubique en alguno de los supuestos que establece el referido artículo 151, fracción V de la Ley del ISR, aplicando, según sea el caso, lo establecido en las fracciones III, IV, V, VI y VII de la presente regla.

III. Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan, en una sola exhibición una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, al monto total del retiro se le aplicará lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley del ISR. Por el excedente, se pagará el ISR en los términos del Título IV de dicha Ley.

IV. Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubiere deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan en forma periódica una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, se aplicará la exención establecida en el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, por cada retiro efectuado.

V. Para los efectos de las fracciones III y IV anteriores, se deberá considerar la totalidad de las pensiones y haberes de retiro pagados de conformidad con el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, independientemente de quien los pague.

   Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro, deberán retener como pago provisional la cantidad que resulte de multiplicar la tasa que establece el artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR, por el monto del retiro que exceda de la exención señalada en las fracciones III y IV de la presente regla, según sea el caso.

VI. Cuando la totalidad de los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan antes de que se cumplan los requisitos de permanencia, las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro, efectuarán la retención conforme al artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR. Las personas físicas aplicarán lo señalado por el artículo 142, fracción XVIII de dicha Ley.

VII. Se podrán efectuar retiros correspondientes al rendimiento de las aportaciones efectuadas al plan personal de retiro de que se trate antes del cumplimiento de los requisitos de permanencia. En este caso, dichos retiros parciales tendrán el tratamiento de interés.

   Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro deberán efectuar la retención establecida en el artículo 54 de la Ley del ISR, sobre el monto actualizado de los intereses reales devengados.

Para los efectos de esta regla, se entenderá por requisitos de permanencia, los supuestos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado, de conformidad con las leyes de seguridad social, o de 65 años de edad del titular, señalados en el artículo 151, fracción V, segundo párrafo de la Ley del ISR.

Lo establecido en esta regla no será aplicable a las aportaciones a que se refiere el artículo 258 del Reglamento de la Ley del ISR.

3. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para la cobertura básica son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años.

V. Beneficios Incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

a. Descripción

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo por un monto equivalente a 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada por la cobertura de Fallecimiento, topado al equivalente de 3 (tres) veces el valor anual de la UMA, a la fecha del pago.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura básica se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

b. Periodo de Espera

El Anticipo por Fallecimiento será procedente siempre y cuando haya transcurrido un Periodo de Espera de 2 (dos) años a la fecha del fallecimiento.

c. Indemnización del Beneficio

El Beneficiario deberá solicitar el pago del anticipo, anexando copia simple de: certificado de defunción, su identificación oficial vigente por ambos lados y de la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario, en caso de que cuente con ella.

El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del Siniestro toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que a este corresponda sobre la cobertura sea mayor al importe del anticipo. En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, este se otorgará en la proporción que corresponda de acuerdo con la designación efectuada por el Asegurado.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

a. Descripción

Enfermedad terminal es aquella con una evolución progresiva e incurable, con un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses. Debe ser dictaminada y documentada por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad e integrar las evidencias clínicas de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos de que se trate para arribar al diagnóstico, además de las circunstancias que en cada caso se señalan.

La Compañía anticipará al Asegurado el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada vigente de la cobertura de fallecimiento, topado a 50 veces el valor anual de la UMA y sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que se le diagnostique al Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, alguna de las siguientes enfermedades terminales:

1) Infarto al miocardio
2) Enfermedad coronaria obstructiva
3) Accidente vascular cerebral
4) Cáncer metastásico
5) Insuficiencia renal

Además de las enfermedades terminales citadas, para cubrir cualquier otra enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal –es decir, progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses– el Asegurado deberá documentar, mediante el diagnóstico emitido por un médico especialista legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, e integrar las evidencias clínicas de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos de que se trate para arribar al diagnóstico.

En todos los casos la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad y sujeto a lo estipulado en la cláusula de Indisputabilidad. En caso de que la Compañía notifique la improcedencia del anticipo, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante un perito médico designado de común

acuerdo por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje será establecido por la persona designada. El Asegurado y la Compañía deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura básica se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

Este anticipo cubre al Asegurado solo por una enfermedad terminal y por una sola ocasión durante el plazo del seguro.

b. Periodo de Espera

El Anticipo por Fallecimiento será procedente siempre y cuando haya transcurrido un Periodo de Espera de 3 (tres) meses a la fecha del diagnóstico con los requisitos señalados.

c. Indemnización del Beneficio

La Compañía pagará el Anticipo por enfermedad terminal si se cumplen las siguientes condiciones:

1) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, estos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
2) Que el Asegurado cumpla lo dispuesto en el apartado d. Comprobación de Enfermedad Terminal.

d. Comprobación de Enfermedad Terminal

Además de lo señalado en la definición de enfermedad terminal, las mismas deberán cumplir con:

1) Infarto al miocardio

Necrosis (muerte) de una parte del músculo cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El Siniestro deberá incluir los siguientes criterios:

a) Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
b) Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
c) Elevación de los niveles de las enzimas cardiacas.
d) Que el Infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, dentro de la cual, los 3 (tres) primeros días fueran en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.
e) Que el Infarto al miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

2) Enfermedad coronaria obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El Siniestro deberá incluir los siguientes criterios:

a) Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
b) Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardiaco).
c) Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).
d) Que la enfermedad coronaria obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

3) **Accidente vascular cerebral**

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro, causando déficit neurológico que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando la evidencia del daño neurológico permanente sea confirmada por un médico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad, mínimo 6 (seis) semanas después del incidente.

4) **Cáncer metastásico**

Se procederá al pago del anticipo cuando:

Se demuestre mediante los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos.

Quedan específicamente excluidos un cáncer que no cumpla con la definición de Cáncer Metástasico, cualquier tipo de cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo e In Situ (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o Enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

5) **Insuficiencia renal**

Etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, con la cual es necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se demuestre mediante evidencias clínicas, estudios de laboratorio, gabinete y específicos.

En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de solicitar información o documentación adicional que le permita conocer las circunstancias de la realización de la enfermedad y sus consecuencias.

e. **Exclusiones del Anticipo por Enfermedades Terminales**

Quedan excluidas las enfermedades terminales originadas por:

1) **El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.**
2) **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
3) **Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los Padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años de vigencia de la Póliza o solicitud de incremento de Suma Asegurada, sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Rehabilitación.**
4) **Enfermedad Preexistente.**

VI. Coberturas Adicionales

En caso de haberse contratado una o más coberturas adicionales con costo, la Prima, Suma Asegurada y vigencia de cada una se especificará en la Carátula de Póliza; además, aplicarán las siguientes cláusulas.

1. Coberturas Adicionales por Invalidez

a. Descripción

En el caso de que al Asegurado le sea dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, de acuerdo con la opción elegida tendrá derecho a:

1) **Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI)**

   La Compañía lo eximirá del pago de las Primas de la Cobertura Básica por el resto del plazo de pago contratado.

   El Fondo de Aportaciones al PPR se entregará al propio Asegurado de acuerdo con lo dispuesto en la regulación aplicable a Planes Personales de Retiro y terminará el Fondo PPR. La Póliza quedará vigente, el Asegurado seguirá protegido por la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura de fallecimiento y supervivencia y tendrá sobre la Póliza los derechos que sus condiciones le conceden.

2) **Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)**

   La Compañía le indemnizará con la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura.

Una vez determinada la procedencia de alguna de las coberturas adicionales por Invalidez, el Asegurado ya no podrá solicitar la contratación de nuevas coberturas o modificación de la Suma Asegurada de la Póliza.

En caso de que la enfermedad o Accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el Siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado en virtud de su capacidad económica.

b. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años.

c. Periodo de Espera

Deberán transcurrir al menos 6 (seis) meses a la fecha del dictamen de Invalidez Total y Permanente.

Este Periodo de Espera solo aplica para el inciso a. de la definición de Invalidez Total y Permanente.

d. Indemnización de las Coberturas

1) **Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI)**

   Se hará efectivo a partir del pago de Prima próximo aquel en que la Compañía haya comunicado la procedencia del estado Invalidez Total y Permanente.

   La Compañía puede exigir al Asegurado la comprobación de la continuidad del estado de Invalidez Total y Permanente cuando lo estime conveniente, aunque no más de una vez al año.

   Si el Asegurado se niega a la comprobación cesará esta cobertura y el Asegurado deberá reanudar el pago de Primas a partir de la siguiente parcialidad de la fecha en que se niegue a comprobar su estado de salud.

2) **Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)**

   La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada alcanzada a la fecha de Siniestro.

   En caso de que, como consecuencia de la Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado, este quede imposibilitado para recibir el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, el pago correspondiente se entregará al Beneficiario designado para la cobertura básica.

e. Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía:

1) Dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución de seguridad social, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

2) Para asegurados que no estén inscritos en una institución de seguridad social, el Contratante o Asegurado deberá presentar un dictamen médico emitido por alguna institución de salud pública especializada en el tipo de padecimientos que dieron origen al estado de Invalidez Total y Permanente, así como de todos los exámenes, estudios y documentos que sirvieron de base para determinarla.

La Compañía hará evaluar estas informaciones un médico especialista. En todos los casos, la Compañía se reserva el derecho de solicitar información o documentación adicional que le permita conocer las circunstancias de la realización del hecho y sus consecuencias.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la cobertura por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un perito médico designado de común acuerdo por parte del Asegurado y la Compañía. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona designada. El Asegurado y por la Compañía deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

f. Exclusiones de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente

1) Que se origine por la participación del Asegurado en:

a) Servicio militar, actos de guerra, terrorismo, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.

b) Actos delictivos en los que participe activamente el Asegurado.

c) Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros; en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular.

d) Carreras y pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

e) Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra Actividad Deportiva o Afición de Alto Riesgo.

2) Por los siguientes eventos:

a) Cualquier intento de suicidio.

b) Mutilación voluntaria.

c) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio de alcoholemia o toxicológico que conste en las actuaciones del ministerio público, cualquiera que sea el grado de intoxicación.

d) Lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo el influjo de enervantes, estimulantes o drogas, conforme al resultado del estudio positivo toxicológico, aun cuando hubieren sido prescritas por un médico.

e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.

f) Exposición o radiaciones atómicas o derivadas de estas.

g) Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

3) **Enfermedades Preexistentes, complicaciones o secuelas de estas, que ocasionen un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia de la Póliza.**

4) **Estados de Invalidez que se originen cuando esta Póliza haya sido convertida a seguro saldado o seguro prorrogado.**

g. Terminación de las Coberturas

Estas coberturas terminarán, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguna de las siguientes causas:

1) Al final del plazo de pago de la Póliza, para la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.
2) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años, para la cobertura de Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente.
3) La indemnización de la cobertura.
4) Al término del plazo de la Póliza.
5) Por falta de pago de Primas de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro.
6) A solicitud expresa del Contratante.

VII. Procedimientos

1. Funcionamiento de los Valores Garantizados

El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado y el número de años de Primas pagadas. Estos montos se podrán consultar en la tabla de Valores Garantizados de esta Póliza.

El Contratante podrá hacer uso de uno de los Valores Garantizados que se describen a continuación.

a. Valor en efectivo o rescate

El Contratante podrá obtener como valor en efectivo de este plan la cantidad que aparece en la tabla de Valores Garantizados correspondientes, de acuerdo con la edad de ingreso al seguro y al número de años que la Póliza haya estado en vigor. Si el Contratante cubre la Prima en exhibiciones parciales, tal valor se calculará tomando en cuenta las exhibiciones parciales pagadas y en ambos casos, el tiempo transcurrido.

b. Seguro saldado

La Compañía reducirá la Suma Asegurada de acuerdo con la tabla de Valores Garantizados, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas; por lo que, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado o al final del periodo en caso de supervivencia, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

c. Seguro prorrogado

La Compañía mantiene la Póliza en vigor, sin más pago de Primas, por la Suma Asegurada vigente a la fecha en que se haga efectivo este beneficio, con base en la tabla de Valores Garantizados. Si en la tabla de Valores Garantizados aparece alguna cantidad en efectivo, esta será pagada al propio Contratante, en caso de supervivencia del Asegurado al final del periodo del seguro prorrogado.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el Contratante deberá solicitar por escrito dentro de los treinta días naturales siguientes al vencimiento de la Prima no pagada, la opción elegida para el uso del Valor Garantizado, en cuyo caso quedarán canceladas las coberturas y cláusulas adicionales de esta Póliza.

Si en la fecha de solicitud del Valor Garantizado elegido, la Póliza se encuentra gravada con alguna deuda, esta deberá ser liquidada a la Compañía, o bien, se reducirá el importe de la deuda en la opción elegida.

Aplicarán las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar el pago.

2. Incrementos No Programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada. La aceptación estará sujeta al proceso de selección de riesgos y que la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía.

No se otorgará el incremento si existe una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales o si la Compañía ha pagado alguna cobertura adicional al Asegurado.

En caso de aceptar el incremento, la Prima correspondiente estará en función de la edad que tenga el Asegurado al inicio del aniversario de la Póliza en que se otorgue el incremento y se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento en la Suma Asegurada entrará en vigor una vez que la Prima incluya el aumento correspondiente, lo cual sucederá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de aceptación por parte de la Compañía y se entregará al Asegurado el endoso correspondiente.

El plazo mínimo para solicitar los incrementos será de 5 años antes de la terminación del plazo de pago de la Póliza.

3. Disminución de Suma Asegurada

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones en el importe de la Suma Asegurada de su Póliza, los cuales podrán ser aceptados por la Compañía, sujeto a que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y se soliciten con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago de Prima convenida por las partes.

La nueva Prima se ajustará a la Suma Asegurada solicitada, misma que se calculará de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los pagos de Prima subsecuentes contarán con la disminución solicitada. Los pagos efectuados con anterioridad a la solicitud de disminución de Suma Asegurada no serán objeto de reembolso por haberse corrido el riesgo sobre la Suma Asegurada por ese periodo. Se entregará al Contratante el endoso correspondiente y la diferencia en Valor de Rescate a que tiene derecho derivada de la disminución de Suma Asegurada.

4. Pruebas de Asegurabilidad

Son todos los elementos que contienen la información necesaria para seleccionar un riesgo, a saber: solicitud, cuestionarios médicos, de ocupación, deportes, aviación; resultados de exámenes médicos; estudios especiales y cualquier otro que la Compañía considere necesario.

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar y cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la Suma Asegurada al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y este último no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Contratante haya dispuesto otra cosa.

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 nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.

2. Pago de la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica y cada cobertura adicional, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos. El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral; en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza, la cual se comunicará al Contratante.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades, dentro del Periodo de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los pagos de Prima deberán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o débito, pago referenciado en bancos (pago en ventanilla del banco, pago en línea por transferencia o cargo a tarjeta bancaria), en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional o extranjero), este se recibirá salvo buen cobro. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor. En los casos de pago de Prima mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito, el Asegurado deberá verificar que se realizó el cargo correspondiente, en caso contrario podrá efectuar el pago de la Prima a través de los medios antes citados.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Unidades de Inversión (UDI) o Dólares de los Estados Unidos de América, de acuerdo a lo especificado en la carátula de la Póliza.

La Moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

El Pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso correspondan serán liquidados en moneda nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse el pago.

Dólares de los Estados Unidos de América (USD)

Las cantidades se convertirán a moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en moneda nacional que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se efectúen los pagos. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las autoridades competentes.

Unidades de Inversión (UDI)

El valor de la UDI será el que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación en el renglón correspondiente a Unidades de Inversión. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, esta Póliza operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI; en su caso se utilizará el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.

4. Corrección del Contrato de 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 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

5. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida, ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última Rehabilitación, en caso de existir Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

1) La solicitud del seguro.
2) El cuestionario médico.
3) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 (dos) años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía –mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada–, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como lo(s) conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando estos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley. Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los Representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las Notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía, incluyendo dirección electrónica.

8. Cambio de Ocupación

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación durante la vigencia de la Póliza, el Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

La Compañía realizará los ajustes correspondientes con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma Asegurada de la Póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, siempre y cuando haya ejercido influencia sobre el siniestro, se ajustará la Suma Asegurada de la Póliza de acuerdo con lo que el Asegurado pueda alcanzar con las Primas pagadas.

9. Agravación del Riesgo

En caso de agravación esencial del riesgo durante el curso del seguro, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si:

- El Contratante, Asegurado o Beneficiario(s), en los términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general 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 antes señalados, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en el Código Penal Federal en los delitos en materia de terrorismo, financiamiento del terrorismo, producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos y operaciones con recursos de procedencia ilícita o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional. Dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal.

- El nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada. En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

10. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 2 (dos) años de la cancelación y se encuentre dentro del plazo de la Póliza. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante y Asegurado.
2) Que el Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
3) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará vigente a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de Rehabilitación correspondiente; sujetándose, en todo caso, a lo establecido en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la Rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por Suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solo pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de rehabilitación, incremento de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o la inclusión de coberturas adicionales.

En caso de haberse cubierto el Anticipo por Enfermedades Terminales dentro del plazo de 2 (dos) años a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el Suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante de la cobertura por Fallecimiento no se cubrirá al (a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

12. Comprobación del Siniestro

En caso de Siniestro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, deberá presentar en original la documentación que se lista enseguida, adicional a la que se mencione en cada cobertura de este Contrato de Seguro:

1) Póliza original, en caso de no tenerla, anexar carta en la que se explique el motivo.
2) Solicitud de reclamación.
3) Acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios.

4) Acta de defunción.

5) Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar al fallecimiento.

6) Identificación oficial vigente del Asegurado tratándose de las coberturas de Invalidez Total y Permanente.

7) Identificación oficial vigente y comprobante de domicilio del Beneficiario.

La Compañía podrá solicitar documentos e información relacionada con el Siniestro y por las cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura. La Compañía se reserva a la validación de la edad del Asegurado de acuerdo con lo establecido en los artículos 171 y 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, esta última anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el contrato de seguro.

14. Pago del Seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la Compañía o comprobado en juicio, lo anterior de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado o, en su caso, el Beneficiario deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor y deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

a. Entrega del Fondo PPR en una exhibición

El Asegurado deberá notificar a la Compañía y presentar la documentación requerida. Aplicarán las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar el pago.

b. Entrega del Fondo PPR en pagos mensuales hasta su agotamiento

El Asegurado deberá ingresar a la Compañía, con al menos 60 días naturales de anticipación al vencimiento del Contrato de Seguro, la “Solicitud de pago del Fondo PPR en mensualidades”.

Los pagos iniciarán en los primeros 7 días hábiles del mes inmediato posterior al vencimiento del Contrato de Seguro, en el medio instruido por el Asegurado.

Los pagos subsecuentes se realizarán los 7 primeros días hábiles de cada mes, hasta el agotamiento del fondo. Aplicarán las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar el pago.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el remanente del Fondo PPR se entregará al (los) Beneficiario(s) designado(s) en la “Solicitud de pago del Fondo PPR en mensualidades”. Para tal efecto el Beneficiario deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor y deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Aplicarán las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar el pago.

15. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, 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 Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido dicha documentación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

16. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de Impuestos, de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán

1) En cinco años, tratándose de la cobertura de Fallecimiento en los seguros de vida.
2) En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Lo anterior en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien esta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro:

Comuníquese a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE):
Teléfono: 55 5169 2746 (opción 1) o 800 737 7663 (opción 1). Domicilio: Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx o ingresa a axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente

O bien, contacte a Condusef:
Dirección Av. Insurgentes Sur 762, alcaldía Benito Juárez, col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Teléfono: 800 999 8080 en el territorio nacional y 55 5340 0999 en la Ciudad de México. Página web: www.condusef.gob.mx. Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

19. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, cuando ocurra cualquiera de los siguientes casos:

1) El pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
2) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
3) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
4) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía o por conducto de su agente. Al momento de presentar la solicitud de cancelación la Compañía entregará al Contratante, previa identificación del mismo, el acuse de recibo correspondiente.
5) Por la entrega del valor de Rescate que corresponda, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Funcionamiento de los Valores Garantizados.
6) Por falta de pago de Primas, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 2 del apartado “cláusulas generales” de este Contrato. La vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del Periodo de Gracia.

20. Sanciones

Quedará excluida cualquier cobertura, pago o prestación que pueda exponer a AXA Seguros S.A. de C.V. a cualquier tipo de sanción, prohibición o restricción en virtud de cualquier resolución o regulación de Naciones Unidas, o regulaciones, leyes, sanciones económicas o de comercio impuestas por la Unión Europea (o cualquiera de sus países miembros), el Reino Unido o los Estados Unidos de América, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

21. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

22. Entrega de la Póliza

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus condiciones generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

IX. Listado de abreviaturas

- **CNSF**: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- **CONDUSEF:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros
- **ISR:** Impuesto sobre la renta
- **PPR:** Plan personal de retiro
- **UDI:** Unidades de Inversión
- **UMA:** Unidad de Medida y Actualización
- **UNE:** Unidad Especializada de Atención a Usuarios
- **USD:** Dólares de los Estados Unidos de América

X. Artículos citados

1. 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 37.-
En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Artículo 40.-
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.-
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Artículo 66.-
Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, 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.

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

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

Artículo 71.-
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 76.-
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

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 84.-
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 169.-
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento
personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 173.-
Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.
Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.

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

2. Ley de Protección y Defensa de los Usuarios 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.

Artículo 68.-
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I. Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo

de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

3. 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 277.-
En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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.

4. Ley del Impuesto Sobre la Renta

Artículo 54.-
Las instituciones que componen el sistema financiero que efectúen pagos por intereses, deberán retener y enterar el impuesto aplicando la tasa que al efecto establezca el Congreso de la Unión para el ejercicio de que se trate en la Ley de Ingresos de la Federación sobre el monto del capital que dé lugar al pago de los intereses, como pago provisional. La retención se enterará ante las oficinas autorizadas, a más tardar el día 17 del mes inmediato siguiente a aquél al que corresponda, y se deberá expedir comprobante fiscal en el que conste el monto del pago de los intereses, así como el impuesto retenido. No se efectuará la retención a que se refiere el párrafo anterior, tratándose de:

I. Intereses que se paguen a: …

e) Las sociedades de inversión especializadas en fondos para el retiro, a los fondos de pensiones o jubilaciones de personal complementarios a los que establece la Ley del Seguro Social y a las empresas de seguros de pensiones autorizadas exclusivamente para operar seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social en

la forma de rentas vitalicias o seguros de sobrevivencia conforme a dichas leyes, así como a las cuentas o canales de inversión que se implementen con motivo de los planes personales para el retiro a que se refiere el artículo 151, fracción V de esta Ley.

Artículo 93.-
No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos: …

IV. Las jubilaciones, pensiones, haberes de retiro, así como las pensiones vitalicias u otras formas de retiro, provenientes de la subcuenta del seguro de retiro o de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previstas en la Ley del Seguro Social y las provenientes de la cuenta individual del sistema de ahorro para el retiro prevista en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en los casos de invalidez, incapacidad, cesantía, vejez, retiro y muerte, cuyo monto diario no exceda de quince veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, y el beneficio previsto en la Ley de Pensión Universal. Por el excedente se pagará el impuesto en los términos de este Título.

Artículo 151.-
Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales: …

VI. Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10% de los ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a cinco salarios mínimos generales del área geográfica del contribuyente elevados al año.

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro, sociedades distribuidoras integrales de acciones de fondos de inversión o sociedades operadoras de fondos de inversión con autorización para operar en el país, siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria y cumplan los requisitos y las condiciones para mantener su vigencia, en los términos que para tal efecto establezca dicho órgano desconcentrado mediante reglas de carácter general. En el caso de que los planes personales de retiro sean contratados de manera colectiva, se deberá identificar a cada una de las personas físicas que integran dichos planes, además de cumplir con los requisitos que para tal efecto establezca el Servicio de Administración Tributaria mediante reglas de carácter general. En estos casos, cada persona física estará sujeta al monto de la deducción a que se refiere el párrafo anterior.

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de este Título.

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

…

El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo, no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco veces el valor anual de la Unidad de Medida y Actualización, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de la fracción V de este artículo.

5. Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

Artículo 171.-
Cuando el trabajador convenga con el empleador en que el pago de la jubilación, pensión o haber de retiro, se cubra mediante pago único, no se pagará el Impuesto por éste, cuando el monto de dicho pago no exceda de noventa veces el salario mínimo general del área geográfica del trabajador elevados al año, a que se refiere el artículo 93, fracción XIII de la Ley. Por el excedente se pagará el Impuesto en términos del artículo 95 de la Ley.

6. Resolución Miscelánea Fiscal

Regla 3.17.6.-

Para los efectos del artículo 151, fracción V de la Ley del ISR, se estará a lo siguiente:

VIII. El contrato de apertura de la cuenta o el canal de inversión de que se trate, deberá contener, cuando menos, lo siguiente:

c) La mención de ser un plan personal de retiro.

d) Los efectos fiscales de las aportaciones al plan personal de retiro, de los rendimientos que ellas generen y del retiro de ambos.

IX. Los recursos invertidos en el plan personal de retiro y sus rendimientos podrán retirarse cuando el titular se ubique en alguno de los supuestos que establece el referido artículo 151, fracción V de la Ley del ISR, aplicando, según sea el caso, lo establecido en las fracciones III, IV, V, VI y VII de la presente regla.

X. Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan, en una sola exhibición una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, al monto total del retiro se le aplicará lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley del ISR. Por el excedente, se pagará el ISR en los términos del Título IV de dicha Ley.

XI. Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubiere deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan en forma periódica una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, se aplicará la exención establecida en el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, por cada retiro efectuado.

XII. Para los efectos de las fracciones III y IV anteriores, se deberá considerar la totalidad de las pensiones y haberes de retiro pagados de conformidad con el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, independientemente de quien los pague. Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro, deberán retener como pago provisional la cantidad que resulte de multiplicar la tasa que establece el artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR, por el monto del retiro que exceda de la exención señalada en las fracciones III y IV de la presente regla, según sea el caso.

XIII. Cuando la totalidad de los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan antes de que se cumplan los requisitos de permanencia, las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro, efectuarán la retención conforme al artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR. Las personas físicas aplicarán lo señalado por el artículo 142, fracción XVIII de dicha Ley.

XIV. Se podrán efectuar retiros correspondientes al rendimiento de las aportaciones efectuadas al plan personal de retiro de que se trate antes del cumplimiento de los requisitos de permanencia. En este caso, dichos retiros parciales tendrán el tratamiento de interés. Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro deberán efectuar la retención establecida en el artículo 54 de la Ley del ISR, sobre el monto actualizado de los intereses reales devengados.

Para los efectos de esta regla, se entenderá por requisitos de permanencia, los supuestos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado, de conformidad con las leyes de seguridad social, o de 65 años de edad del titular, señalados en el artículo 151, fracción V, segundo párrafo de la Ley del ISR.

Lo establecido en esta regla no será aplicable a las aportaciones a que se refiere el artículo 258 del Reglamento de la Ley del ISR.

XI. Registro

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 2 de Octubre de 2024, con el número CNSF-S0048-0359-2024/ CONDUSEF-006600-01

XII. Anexo: Servicios de Asistencia

1. Disposiciones Previas

La Compañía será responsable por los Servicios de Asistencia que serán proporcionados por un tercero y aplican únicamente en la República Mexicana.

El proveedor de servicios podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y precios preferenciales.

Para recibir estos servicios el Asegurado se deberá comunicar al número telefónico que determine la Compañía y proporcionar los siguientes datos:

- Nombre completo y número de Póliza.
- Domicilio completo y datos generales.

Estos servicios podrán utilizarse solo si la Póliza se encuentra en vigor y se ha pagado el(los) recibo(s) correspondiente al año en curso. La vigencia de estos Servicios de Asistencia iniciará en la fecha de inicio de la Póliza contratada.

2. Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para los Servicios de Asistencia descritos en esta sección.

a. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, Enfermedades o Padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad o Padecimiento.

b. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.

c. Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza.

d. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que se gestionan a los Asegurados en los términos de estas condiciones generales, para los casos de Situación de Asistencia.

e. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

3. Asistencia Tu Médico 24 Horas®

Estos servicios se hacen extensivos a los familiares directos del Asegurado que habiten en su domicilio, siendo Beneficiarios de estos servicios su cónyuge, hijos menores de 25 (veinticinco años) o sus padres.

a. Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día

Orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, sin costo y sin límite de eventos, sobre problemas médicos menores, para atender síntomas y molestias, dudas con relación a la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiere la presencia de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, es responsabilidad del Asegurado su aplicación y seguimiento. En ningún caso se emitirá una prescripción médica.

b. Consultas Médicas a Domicilio

Se otorgará, a criterio del prestador en convenio y a solicitud del Asegurado o Beneficiario de los servicios de asistencia, la presencia de un médico para la valoración del Asegurado o algún miembro de la familia, gestionándose el envío de un médico a su domicilio o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo, dentro del territorio nacional. El Asegurado o el miembro de la familia pagará directamente al médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta.

c. Traslado Médico de Emergencia

Si el Asegurado o algún miembro de la familia sufren un Accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado que elija el Asegurado o su familiar dentro del territorio nacional; si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado bajo supervisión médica en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

Este traslado se otorgará 2 (dos) veces por cada aniversario de la Póliza sin costo. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado o algún miembro de la familia deberá cubrir los gastos con precios preferenciales.

El costo de la atención médica y hospitalaria elegida por el Asegurado o miembro de su familia derivada de una emergencia deberá ser cubierto por el Asegurado o la familia.

d. Descuentos y Precios Preferenciales

1) Referencia Médica

En caso de que el Asegurado o algún miembro de su familia sufra un Accidente o enfermedad, la Compañía, a través de un prestador en convenio, lo referirá con médicos generales o especialistas en convenio, la elección del médico será a cargo del Asegurado o miembro de la familia. Las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel (de especialidad) tienen precios preferenciales, de acuerdo con las plazas en donde se proporcione este servicio.

2) Referencia de Laboratorios Clínicos

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de laboratorios en convenio con precios preferenciales.

3) Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de estudios de gabinete en convenio con precios preferenciales.

4) Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio

El Asegurado o miembro de la familia podrá solicitar en su domicilio o en el lugar donde se encuentre la presencia de un(a) enfermero(a) en convenio para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes, con precios preferenciales, de acuerdo con las plazas en donde se proporcione este servicio.

5) Referencia de Ópticas

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener referencias de ópticas en convenio, con precios preferenciales.

6) Referencia de Farmacias

El Asegurado o miembro de la familia podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en la red de farmacias que determine el proveedor.

4. Asistencia Funeraria

a. Funcionamiento

El uso de los Servicios de Asistencia Funeraria de la Compañía implica la conformidad de la familia o Representante del Asegurado con los términos y condiciones de este beneficio descritos a continuación.

1) Solicitud de Asistencia

En caso de fallecimiento del Asegurado y antes de iniciar cualquier acción o trámite, la familia o el Representante del Asegurado llamará al número determinado por la Compañía y proporcionará la siguiente información:

a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde se le podrá contactar, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.

b) El nombre del Asegurado fallecido y su número de Póliza.

c) Describirá la Situación de Asistencia. El equipo médico y el equipo técnico tendrán libre acceso al Asegurado y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso les es negado, no se tendrá la obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

2) Precauciones

La familia o el Representante del Asegurado están obligados a ejecutar todos los actos que tiendan a facilitar la gestión de los servicios de asistencia.

3) Cooperación

La familia o el Representante del Asegurado deberán cooperar con la Compañía para facilitarle a esta la recuperación de los gastos erogados por los Servicios de Asistencia que se hayan prestado a favor de cualquier tercero, mediante la aportación de los documentos necesarios y ayudar a completar las formalidades requeridas.

4) Subrogación

La Compañía se subrogará, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un hecho que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

5) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que la Compañía, será responsable únicamente por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones de Servicios de Asistencia.

6) Prescripción de las Reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

b. Servicios

1) Coordinación y Asesoría para Trámites Funerarios

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado desde la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado hasta toda la República Mexicana.

En caso de fallecimiento del Asegurado y a petición de algún miembro de su familia o de su Representante, la Compañía –a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia– organizará, coordinará y asesorará en los trámites funerarios necesarios que se ocasionen por fallecimiento del Asegurado, tales como:

a) Tramitación legal y administrativa ante el ministerio público local y/o federal y ante el servicio médico forense en caso de que el deceso ocurra en circunstancias violentas o se relacione con la investigación de un delito.

b) Atención y solución de problemas legales y administrativos con relación al deceso para la tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.

c) Referencia y coordinación con la agencia funeraria a fin de reservar sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación, de acuerdo con las instrucciones de la familia y/o el Representante.

Los costos que se originen por este servicio deberán cubrirse por la familia y/o el Representante del Asegurado directamente al prestador del servicio, cuando este así se los solicite.

2) Traslado en Caso de Fallecimiento

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado en todo el mundo, siempre que este se requiera cuando el Asegurado se encuentre a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su localidad de Residencia Permanente.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia realizará y se hará cargo de todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal), consistentes en:

a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación o cremación en la localidad de Residencia Permanente del Asegurado.

b) A petición de la familia o del Representante del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos servicios, se hará cargo de estos gastos solo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso del traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

5. Exclusiones

No se brindarán los Servicios de Asistencia en los siguientes casos:

a. Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes del inicio de la vigencia de la Póliza o tras el término de la vigencia de la misma, no dan derecho a los Servicios de Asistencia, aun en los casos de cancelación por falta de pago de las Primas del Asegurado.

b. La familia o el Representante del Asegurado no tendrán derecho a ser reembolsados por ningún gasto que hubieran erogado por cualquiera de los conceptos que se mencionan en estos Servicios de Asistencia.

c. Las situaciones de Asistencia que sean consecuencia de la participación activa del Asegurado en:

1) Servicio militar, actos de guerra, terrorismo, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.

2) Actos delictivos en los que participe el Asegurado.

3) Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.

4) Carreras y pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

5) Eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato aeronáutico similar, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, escalada, espeleología, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra Actividad Deportiva o Afición de Alto Riesgo.

6) Eventos o actividades derivados de práctica deportiva profesional.

d. Por los siguientes eventos:

1) Suicidio o cualquier intento de suicidio.

2) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas, cualquiera que sea el grado de intoxicación.

3) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.

4) Exposición a radiaciones atómicas y lo derivado de estas.

e. Situaciones de Asistencia derivadas de:

1) **Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
2) **Enfermedades Preexistentes o Accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la Póliza, así como sus consecuencias y secuelas.**
3) **Cirugía estética.**



Llámanos sin costo

800 900 1292

axa.mx

VI - 644 • OCTUBRE 2024

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México.
Tels. 800 900 1292 • *AXA (*292) • axa.mx