

Contrato de Seguro que celebran Seguros Banamex, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex a quien en lo sucesivo se le denominará "la Compañía", y la persona que se detalla en la carátula de la póliza bajo la denominación de "Asegurado", quienes se sujetarán a las siguientes cláusulas:

### **BENEFICIOS CUBIERTOS.**

**Protección por Fallecimiento.** La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado en el documento establecido para el efecto, la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, de la manera y en los términos y condiciones estipuladas en el presente contrato, siempre y cuando éste se encuentre en vigor y la Compañía reciba las pruebas del fallecimiento del Asegurado.

### **DEFINICIONES.**

**Contratante.** Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que ha solicitado la celebración para terceras personas. El Contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el artículo 159 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

**Asegurado.** Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza y se encuentra amparado bajo el presente contrato.

**Beneficiario.** Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de beneficiario, se le ha designado.

**Vigencia.** Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula de la póliza y continúa durante el plazo de seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de su vencimiento.

### **CONDICIONES GENERALES.**

#### **PRIMAS.**

**Primas.** El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza. Cada año se cobrará adicionalmente a la prima de seguro el recargo vigente al momento de contratación y/o renovación registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El importe podrá pagarse a la Compañía, desde el primer día de su vencimiento, mediante un pago anual, semestral, trimestral o de forma mensual. Al respecto, la Compañía cobrará una tasa de financiamiento por pago fraccionado, que se encuentre vigente al momento de la emisión o renovación, la cual podrá variar en cada vencimiento anual de la póliza.

**Vencimiento.** La prima vence al momento de la celebración del contrato. En caso de que el Asegurado haya optado por una forma de pago diferente a la anual, la prima fraccionada se entenderá vencida al comienzo de cada periodo de pago elegido.

**Pagos.** El pago se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya elegido. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria; falta de saldo o crédito disponible; o cualquier situación similar.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía tendrá derecho a modificar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la edad alcanzada del asegurado y con base en las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la fecha de Emisión de la póliza, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

**Período de gracia.** El Asegurado gozará de un período de espera de 30 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

**En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la suma asegurada debida al beneficiario.**

Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho período en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

## CLÁUSULAS GENERALES

- Contrato de seguro.** Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante la obligación del pago de una prima, pagará una suma en dinero al verificarse la eventualidad prevista y pactada por la Compañía y el asegurado y/o contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos aquellos documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurado, como son la póliza, los endosos, y cualquier otro documento adicional entregado por la Compañía o a la Compañía.
- Contenido de la póliza.** **(Art. 25 de la Ley sobre el 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 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".
- Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.
- Prescripción.** Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.
- La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.
- Plazo del Seguro.** El plazo del presente contrato será por períodos de un año siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de "Cancelación".
- Modificaciones y Notificaciones.** Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.
- Competencia.** En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus Oficinas Centrales o en la Delegación de la misma, que se encuentre más próxima al domicilio del Asegurado o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que les dio origen.
- De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la Institución de Seguros.
- Moneda.** Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de pólizas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el asegurado tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquél por cualquier concepto con motivo de este contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.
- Suicidio.** En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental y físico del Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.
- En caso de rehabilitación, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha de la última rehabilitación de la póliza.
- Edad.** La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía.
- Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión de la póliza.
- Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas.

**Límites de edad.** Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.

### **PROCEDIMIENTOS**

**Beneficiarios.** El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**Indemnización por mora.** En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

**Cancelación.**

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática.
  - Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
  - En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.
3. Si el asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que la totalidad de las sumas aseguradas inicialmente contratadas rebasen la cantidad de 3 millones de pesos o 300,000 dólares (lo que resulte mayor) al tipo de cambio que publique el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en dólares pagaderos en la República Mexicana del día en que se contraten las pólizas, la Compañía dará por terminados uno o más de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente que excedan dicho límite, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas sumas aseguradas en conjunto no rebasen la cantidad de 3 millones de pesos o 300,000 dólares (lo que resulte mayor) calculados en la forma indicada anteriormente. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

**Renovación.** Las coberturas contratadas que aparecen indicadas en la carátula de la póliza o en algún endoso, serán renovables al término de cada anualidad, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del asegurado, debiendo cubrir el asegurado la nueva prima que se determine para cada renovación. Estas coberturas estarán vigentes mediante la obligación del pago de las primas y hasta el límite de edad establecido anteriormente, salvo lo estipulado en el apartado de "Cancelación".

**Rehabilitación.** En caso de que la póliza hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de las primas, el Asegurado podrá rehabilitarla durante los siguientes 180 días a la última fecha de pago de primas, respetando la vigencia originalmente pactada mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar a la Compañía una solicitud de rehabilitación por escrito firmada por él mismo.
- b) Comprobar a satisfacción de la Compañía que reúne los requisitos de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud.
- c) Cubrir el importe de la prima por el período de seguro rehabilitado, conforme a las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigentes a la fecha de rehabilitación.

### ***PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN***

**Pago del seguro.** El importe del seguro se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el art. 44 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la suma asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

Las Sumas Aseguradas por muerte se pagarán a los beneficiarios designados.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de la suma asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

**Anticipo.** Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará un anticipo a la liquidación de la póliza con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción. Será condición para efectuar el pago de este anticipo, de la cobertura básica, el que la póliza se encuentre en vigor y que hayan transcurrido dos años de vigencia de la póliza a partir de su fecha de expedición o su última rehabilitación.

El anticipo será del 10% de la obligación total de la Compañía, sin que este pago exceda la cantidad equivalente a dos años de salario mínimo vigente en el Distrito Federal. El pago se efectuará al beneficiario que lo solicite, siempre que la Suma Asegurada a que tenga derecho sea mayor o igual al importe del anticipo.

El pago efectuado se descontará de la liquidación a que tengan derecho los beneficiarios designados, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la póliza.

**Ajuste por edad.** Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:

- a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que exista entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la manifestada por el asegurado, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### *EXCLUSIONES*

---

Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza, si éstos se producen directamente por alguna de las siguientes enfermedades que la persona asegurada haya sufrido, cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes de la celebración del presente contrato por haber sido aparentes a la vista o por los cuales se haya realizado previamente un diagnóstico o por algún gasto realizado para el tratamiento de los mismos:

- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o fuere seropositivo al Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).
- Insuficiencia renal crónica.
- Hipertensión arterial.
- Enfisema pulmonar, bronquitis crónica.
- Infarto.
- Angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardíacas o bypass coronario.
- Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales.
- Cualquier tipo de diabetes.
- Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia, hemofilia.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerosis múltiple.
- Transplante cardíaco, hepático y/ o renal.
- Toxicomanías, uso de drogas no recetadas por un médico.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedades hepáticas crónicas. Pancreatitis.
- Obesidad mórbida.

Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza si se producen por participar directamente en las siguientes actividades u ocupaciones:

- Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego.
- Manejo de materiales radioactivos y/o químicos de alto riesgo.
- Manejo de alto voltaje o trabajo en plataformas marinas.
- La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el asegurado, o riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador.
- Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Práctica de los siguientes deportes de manera amateur o profesional: Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, tauromaquia, motociclismo (en competencia), espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo.
- Salto de “Bongie”.
- Aviación privada.

**En caso de renovación de la póliza, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inicio la vigencia de la póliza por primera vez con la Compañía o la fecha de la última rehabilitación.**

**Si los riesgos amparados se originan por una causa diferente a las exclusiones enumeradas con anterioridad, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente.**

## BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Enfermedades Graves, según consta en la carátula de la póliza. Este beneficio se contrata mediante la obligación de pago de prima adicional correspondiente.

### BENEFICIOS CUBIERTOS

**Beneficio de Enfermedades Graves.**

Si durante la vigencia del Contrato, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves indicadas en la siguiente sección, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para este beneficio, en la carátula de la póliza y de conformidad con la forma de pago descrita en la sección "Forma de Pago" y de acuerdo con las definiciones y condiciones que se precisan en esta cobertura.

**Periodo de espera y Vigencia.**

No se hará ningún pago si la Enfermedad Grave ocurre durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura, y quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) Cancelación de la póliza.
- b) La primera ocurrencia de una Enfermedad Grave que sea indemnizada por esta cobertura y por la cual se agote la suma asegurada.
- c) La muerte del asegurado.
- d) Al final del aniversario inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 66 (sesenta y seis) años.

**Forma de pago.**

La Compañía pagará al Asegurado el importe señalado para ésta cobertura en la carátula de la póliza de la siguiente manera:

- a) 50% al diagnóstico u ocurrencia de la Enfermedad Grave, siempre y cuando exista el fundamento médico que la avale y de acuerdo a las definiciones y condiciones que se establecen en esta póliza.
- b) 50% treinta días después del diagnóstico u ocurrencia de la Enfermedad Grave.

### DEFINICIONES

**Enfermedad Grave.**

Para efectos de esta cobertura se considera Enfermedad Grave:

- Infarto del miocardio.
- Cirugía coronaria.
- Infarto o hemorragia cerebral.
- Neoplasia maligna (cáncer).
- Insuficiencia renal crónica con necesidad de diálisis renal.
- Parálisis de las extremidades
- Transplante de un órgano vital durante el período de cobertura.

de acuerdo con las definiciones y condiciones que se señalan a continuación.

### ***INFARTO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDÍACO)***

**Cobertura.**

Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostraciones.

**Definición y Demostración.**

Definición.

Necrosis (muerte) de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

Demostración.

Evidencia de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo.

1. Historia del dolor torácico típico.
2. Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo.
3. Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica.

### **CIRUGÍA CORONARIA**

**Cobertura.**

Pago de la suma asegurada contratada a partir de la práctica de la cirugía coronaria y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

**Definición y Demostración.** Definición.  
Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:  
  
-Puente aorto-coronarios venosos o arteriales.  
-Implantación de la arteria mamaria interna.

Demostración.  
Evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las arterias coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.

**Exclusiones.** **Están excluidos los siguientes procedimientos:**

- **Angioplastia coronaria transluminal percutánea.**
- **Trombolisis mediante cateterismo coronario.**

#### **INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL**

**Cobertura.** Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

**Definición y Demostración.** Definición.  
Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas.

Demostración.  
La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angio resonancia.

**Exclusiones.** **Quedan excluidos:**

- **Los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativa e infecciosas.**

#### **NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER)**

**Cobertura.** Pago de la suma asegurada contratada a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que pone en peligro la vida del asegurado y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

**Definición y Demostración.** Definición.  
La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por: crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

Demostración.  
Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

**Exclusiones.**

- **Neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colon y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.).**

#### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (TERMINAL) CON NECESIDADES DE DIÁLISIS RENAL**

**Cobertura** Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

<b>Definición y Demostración</b>	<p><u>Definición.</u> La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática, o el trasplante renal.</p> <p><u>Demostración.</u> Historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.</p>
----------------------------------	--

### **PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES**

<b>Cobertura</b>	Pago de la suma asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
------------------	---

<b>Definición y Demostración</b>	<p><u>Definición.</u> Pérdida total y permanente, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.</p> <p><u>Demostración.</u> Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos o más extremidades debido a parálisis. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma. Estudios de Electromiografías.</p>
----------------------------------	---

### **TRANSPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL**

<b>Cobertura</b>	Pago de la suma asegurada a partir de la práctica de la cirugía de trasplante como receptor y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
------------------	---

<b>Definición y Demostración</b>	<p><u>Definición.</u> El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (<b>por lo mismo se excluye el trasplante de islotes de Langerhans</b>).</p> <p><u>Demostración.</u> Historia de Enfermedad Grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.</p>
----------------------------------	--

### **PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN**

<b>Aviso de siniestro</b>	Se deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la Compañía de la ocurrencia de una Enfermedad Grave, o en todo caso, durante un período no mayor a 90 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.
---------------------------	--

<b>Pruebas</b>	<p>El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el asegurado o beneficiario en su caso, aporten pruebas a la Compañía que demuestren:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La edad del asegurado, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.</li><li>• La ocurrencia de la Enfermedad Grave, en cuestión que deberá comprender el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.</li><li>• Adicionalmente la Compañía se reserva el derecho de examinar a su costa al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes o el hospital utilizado.</li></ul>
----------------	---

<b>Fallecimiento del asegurado</b>	Si falleciere el asegurado por la Enfermedad Grave, el pago correspondiente a esta cobertura se hará a los beneficiarios designados por el asegurado.
------------------------------------	---

<b>Límites de edad.</b>	<b>Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.</b>
-------------------------	--

## COBERTURA ADICIONAL ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL.

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con la cobertura adicional Anticipo de suma asegurada en caso de enfermedad terminal, según consta en la carátula de la póliza.

### CLÁUSULAS ADICIONALES

#### Cobertura

La Compañía por virtud de este beneficio se obliga a pagar al Asegurado el 50% de la suma asegurada básica pactada con cargo a dicha suma asegurada, la cual se descontará de la liquidación a que tengan derecho los beneficiarios designados, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la póliza, siempre que se cumplan las siguientes condiciones.

- Que el Asegurado se encuentre en estado de enfermedad terminal, tal como se define en este beneficio y acredite esta circunstancia.
- Que el Asegurado no hubiera nombrado beneficiario(s) con carácter de irrevocable, que rebase(n) el 50% de la suma asegurada, en cuyo caso sólo se podrá otorgar el porcentaje de suma asegurada no designado con carácter de irrevocable.
- Que la póliza se encuentre vigente en el plan contratado.
- Que el propio Asegurado o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido.

#### Vigencia

Este beneficio conserva la vigencia de la póliza de la cual forma parte.

La vigencia de este beneficio termina:

- a). Por el pago al beneficiario en ella consignado.
- b). Por solicitud de cancelación que el Asegurado haga por escrito, ante la compañía.
- c). La muerte del Asegurado.

### DEFINICIONES

#### Enfermedad Terminal

Para los efectos de este beneficio, se entiende por Enfermedad Terminal aquel padecimiento o enfermedad que ocasionará necesaria o muy probablemente la muerte del Asegurado dentro de un lapso no mayor a seis meses contados a partir de la fecha en que haya sido diagnosticada dicha enfermedad.

#### Período de espera

No se hará ningún pago sobre este beneficio si la Enfermedad Terminal se presenta durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura.

### PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

#### Aviso de siniestro

El Asegurado o quien actúe por su cuenta, deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la compañía de la ocurrencia de una Enfermedad Terminal o en todo caso durante un período no mayor de 5 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción

#### Pruebas

Es condición para el pago de cualquier reclamación, que el Asegurado o quien sus derechos represente, aporten pruebas a la compañía que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian:

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá demostrarse mediante un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico. Para los efectos de este apartado el médico tratante deberá contar con cédula profesional o documento que acredite el legal ejercicio de su profesión.
- b) Adicionalmente la Compañía se reserva el derecho de examinar a su costa al Asegurado con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis, para lo cual el asegurado autoriza a la aseguradora el acceso a su expediente clínico o a cualquier otro documento relacionado con su estado físico o de salud.

#### Pago

El pago que en su caso efectúe la Compañía al amparo de este beneficio al Asegurado, producirá los siguientes efectos:

- La suma asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado o los beneficiarios en caso de fallecimiento, salvo el(los) que corresponda(n) al (a los) beneficiario(s) irrevocable(s).

#### Exclusiones

**Aplican las exclusiones de la cobertura básica, en virtud que este beneficio es un anticipo de la misma.**

### **INTERCONSULTA (SEGUNDA OPINIÓN).**

#### **Disposiciones Generales.**

Mediante este servicio la Compañía se obliga a intermediar los servicios de interconsulta (Segunda opinión médica), en caso de que le sea detectada cualquiera de las Enfermedades Graves cubiertas en su seguro de vida (Beneficio de Adicional de Enfermedades Graves), así como la recomendación de tratamientos.

El Asegurado podrá comunicarse a la Compañía y hacer llegar la documentación siguiente:

- a) Diagnóstico de una Enfermedad Grave y preguntas específicas para los expertos.
- b) Historia Clínica completa.
- c) Resultado de los exámenes de diagnóstico.

Esta información podrá entregarse directamente en la compañía.

Si la información enviada por su médico es suficiente, el diagnóstico se recibirá en 72 horas aproximadamente.

### **SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA LAS 24 HORAS DE LOS 365 DIAS DEL AÑO**

#### **Envío y Pago de Ambulancia.**

En caso de emergencia por Accidente o enfermedad del Asegurado, se proporcionará el servicio de ambulancia terrestre, sin costo para el Asegurado, para trasladarlo al hospital más cercano y/o adecuado, en territorio Nacional. Dependiendo de las lesiones, se podrá utilizar ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias de cada caso, con máximo de 2 eventos por año. Se considera emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

En caso de utilizar los servicios de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se reembolsarán los gastos efectuados hasta el monto que se hubiera pagado por un servicio similar en condiciones de distancia y características de la unidad en Territorio Mexicano.

#### **PARA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS.**

Comunicarse a los siguientes teléfonos:

En la Ciudad de México: 53 40 35 50  
Lada sin costo: (01) 800 581-3979

El Asegurado deberá indicar:

- Nombre completo.
- Lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono donde se le pueda contactar.
- Descripción del problema y tipo de ayuda que se precise.
- Los datos adicionales que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.

Para solicitar el reembolso de gastos de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se deberá presentar los comprobantes originales de gastos y el informe del médico tratante. En los mismos teléfonos se informará el domicilio en donde se deberá entregar la documentación.

A falta de la notificación a los teléfonos antes mencionados, la Compañía no estará obligada a la prestación del servicio.

### CLÁUSULA DE COBERTURA FAMILIAR.

Disposiciones Generales.	Mediante esta cláusula la Compañía conviene en asegurar a las personas indicadas en la carátula de la póliza bajos los términos y condiciones del presente contrato hasta los montos indicados en la misma.
Límites de edad para hijos.	Los límites de admisión y renovación serán de: 12 (doce) años como mínimo y 19 (diez y nueve) años como máximo.
Límite de edad para cónyuges:	Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 12 (doce) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo y 66 (sesenta y seis) años para la renovación.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, con número CNSF-S0050-0818-2003 del 27 de noviembre de 2003.

### CLÁUSULA DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA.

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0050-0173-2005 de fecha 16 de diciembre de 2005.

### 1. CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN.

Cláusula de Entrega de Información.	La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:
-------------------------------------	--

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto
- 3.- Vía electrónica

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 1226 80 00 en el D.F., o al 01 800 800 8463 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet [www.segurosbanamex.com.mx](http://www.segurosbanamex.com.mx), obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 1226 80 00 en el D.F., o al 01 800 800 8463 para el resto de la República.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0050-0086-2009 de fecha 29 de octubre de 2009.