



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO
VIDA GRUPO
CON OPCIÓN A PAGO DE DIVIDENDO POR EXPERIENCIA PROPIA (EP)

Índice

1.	DEFINICIONES	5
2.	COBERTURA BÁSICA	8
2.1	FALLECIMIENTO	8
2.1.1	Descripción de la Cobertura	8
2.1.2	Comprobación del Fallecimiento	8
3.	BENEFICIOS ADICIONALES	9
3.1	ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL	9
3.1.1	Descripción del Beneficio.....	9
3.1.2	Exclusiones	9
3.1.3	Comprobación de la Enfermedad Terminal	9
3.2	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.....	10
3.2.1	Descripción de la Cobertura	10
3.2.2	Exclusiones.....	10
3.2.3	Comprobación de la Muerte Accidental.....	11
3.3	BENEFICIO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA.....	12
3.3.1	Descripción del Beneficio.....	12
3.3.2	Exclusiones.....	12
3.3.3	Comprobación de la Muerte Accidental Colectiva	13
3.4	BENEFICIO DE SEGURO POR VIUDEZ	13
3.4.1	Descripción del Beneficio.....	13
Ingreso		13
Bajas.....		14
3.4.2	Comprobación del Fallecimiento del Cónyuge	14
3.5	BENEFICIO DE PROTECCIÓN FAMILIAR	14
3.5.1	Descripción del Beneficio.....	14
Ingresos		15
Bajas.....		15
3.5.2	Comprobación del Fallecimiento del Dependiente	15
3.6	BENEFICIO ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS	16
3.6.1	Descripción del Beneficio	16
Tabla de pérdida de miembros Escala A		16
Tablas de pérdida de miembros Escala B		16
3.6.2	Exclusiones.....	17
3.6.3	Comprobación de la Pérdida Orgánica	18
3.7	COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS EN ACCIDENTE COLECTIVO	19
3.7.1	Descripción del Beneficio.....	19
3.7.2	Exclusiones.....	20
3.7.3	Comprobación de la Pérdida Orgánica	21
3.8	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.....	21
3.8.1	Descripción del Beneficio.....	21
3.8.2	Periodo de Espera	22
3.8.3	Exclusiones.....	22
3.8.4	Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	23
3.9	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	24
3.9.1	Descripción del Beneficio.....	24
3.9.2	Periodo de Espera	25

3.9.3 Exclusiones.....	25
3.9.4 Comprobación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente.....	25
3.10 BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	26
3.10.1 Descripción del Beneficio.....	26
3.10.2 Periodo de Espera.....	27
3.11 GASTOS FUNERARIOS.....	27
3.11.1 Descripción del Beneficio.....	27
3.11.2 Comprobación del Fallecimiento para la cobertura de Gastos Funerarios.....	27
3.12 ENFERMEDADES GRAVES.....	27
3.12.1 Descripción del Beneficio.....	27
3.12.1.1 Eventos Cubiertos.....	27
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Cáncer.....	27
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Infarto y/o Hemorragia Cerebral.....	29
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Infarto Agudo al Miocardio.....	29
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Insuficiencia Renal Crónica.....	30
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Parálisis de las Extremidades.....	30
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Esclerosis Múltiple.....	30
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Ceguera.....	31
Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Sordera.....	31
Coma Profundo.....	31
Quemaduras Graves.....	32
Tratamiento Quirúrgico de Aneurisma.....	32
Trasplante de Órganos Vitales.....	32
Angioplastia Coronaria de dos o más Arterias.....	33
3.10.2 Restricciones.....	33
3.10.3 Periodo de Carencia.....	34
3.10.4 Terminación del Beneficio.....	34
3.10.5 Comprobación de la Enfermedad Grave.....	34
4. CONDICIONES GENERALES.....	35
4.1 Edad.....	35
4.2 Prima.....	36
4.3 Vigencia.....	36
4.4 Renovación.....	37
4.5 Pago de la Suma Asegurada.....	37
4.6 Suicidio.....	37
4.7 Beneficiarios.....	38
4.8 Obligaciones del Contratante.....	38
Ajustes.....	39
Notificación de Cúmulos.....	39
4.9 Ingresos al Grupo.....	39
4.10 Bajas del Grupo.....	39
4.11 Terminación del Contrato de Seguro.....	40
4.12 Rehabilitación.....	40
4.13 Aviso de Ocurrencia del Evento.....	41
4.14 Indemnización.....	41
4.15 Padecimientos Preexistentes.....	41
4.16 Indemnización por Mora.....	41
4.17 Prescripción.....	43
4.18 Competencia.....	43
4.19 Rectificaciones y Modificaciones.....	44

4.20	Comunicaciones	44
4.21	Comisión o Compensación Directa	44
4.22	Moneda	44
4.23	Dividendos.....	45
4.24	Registro de Asegurados.....	46
	Administración detallada.....	46
	Administración simplificada.....	46
4.25	Expediente.....	47
4.26	Acceso a la información	47
4.27	Entrega de Certificados Individuales	48
4.28	Régimen Fiscal	48
4.29	Carencia de restricciones	48
4.30	Excepción a carencia de restricciones	48
	DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS	51

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO
 DEL SEGURO DE VIDA
 GROUP LIFE**

1. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, o en plural o singular:

Accidente	Significa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado.
Asegurado	Significa el Asegurado que aparece indicado con tal carácter en el Certificado Individual correspondiente, en virtud de que ha otorgado su Consentimiento, respecto de las coberturas de fallecimiento, para quedar amparado por el seguro.
Beneficiario	Significa la persona o personas que tiene(n) el derecho a recibir la Suma Asegurada respecto de cada Beneficio.
Certificado Individual	Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la vigencia, la designación de Beneficiarios y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado.
Compañía	Significa Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Consentimiento	Significa el documento mediante el cual el Asegurado hace constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado, respecto de las coberturas de fallecimiento contempladas en este Contrato de Seguro.
Contratante	Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el Consentimiento respectivo de los Asegurados, salvo lo dispuesto por el Artículo 170 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas, y a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro.
Contrato de Seguro	Significa el documento según sea modificado o adicionado en cualquier tiempo, donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes integrado por los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Estas condiciones generales. • La solicitud. • El Consentimiento del individuo para adherirse al Grupo Asegurado. • La Carátula de la Póliza. • El Certificado Individual. • Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro.

CONDICIONES GENERALES VIDA GRUPO-EP

	<ul style="list-style-type: none"> • Los endosos que en su caso se agreguen.
Enfermedad	Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales.
Evento	Significa la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo.
Fecha de Inicio de Vigencia	Significa la fecha indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual respectivo, en la cual inicia la vigencia de éste Contrato de Seguro.
Fecha de Alta del Certificado Individual	Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el Contrato de Seguro.
Grupo Asegurado	Significa los Asegurados designados por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y que otorguen su Consentimiento expreso, respecto de las coberturas de fallecimiento para formar parte del mismo.
Padecimientos Preexistentes	<p>Significa cualquier síntoma y/o signo que se presente antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual y que de habersele consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.</p> <p>La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:</p> <p>a) que previamente a la Fecha de Alta del Certificado Individual, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.</p> <p>b) que previamente a la Fecha de Alta del Certificado Individual, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.</p>
Periodo de Espera	Significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse ya sea en estado de Invalidez Total y Permanente para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente. El Periodo de Espera aplicable, será el establecido en el Certificado Individual respecto del beneficio correspondiente.
Periodo de Carencia	Significa el lapso de tiempo contado a partir del Alta del Certificado Individual durante el cual el Contratante paga las Primas correspondientes, pero no se reciben los beneficios respecto de la(s) cobertura(s) especificadas dentro de este Contrato de Seguro. Es decir, si llegare a ocurrir el Evento amparado por este Contrato de Seguro durante el Periodo de

CONDICIONES GENERALES VIDA GRUPO-EP

	<p>Carencia, el Asegurado no se encuentra cubierto y por lo tanto el Beneficiario no tiene derecho al pago de la indemnización correspondiente.</p> <p>Este periodo será aplicable por única ocasión y no tendrá efecto cuando el seguro se renueve de manera ininterrumpida por el Contratante y el Asegurado continúe siendo miembro del Grupo.</p>
Prima	<p>Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado, en su caso, a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a los beneficios amparados por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de que el Contratante y/o el Asegurado optaren por cubrir la misma en parcialidades, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable. Queda entendido que el pago de la Prima estará a cargo del Contratante y/o del Asegurado, de conformidad con lo señalado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo.</p>
SAMI	<p>Es la Suma Asegurada Máxima por persona indicada en la Carátula de la Póliza que la Compañía se obliga a aceptar sin que ésta presente pruebas médicas de asegurabilidad, siempre y cuando el integrante ingrese al Grupo Asegurado desde la emisión o con posterioridad a la celebración del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso y haya dado su consentimiento.</p>
Reglamento	<p>Significa el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.</p>
Suma Asegurada	<p>Significa la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, de conformidad con lo especificado en cada cobertura, que en su caso, la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.</p> <p>Cuando la Suma Asegurada supere el SAMI, ésta quedará limitada a dicha cantidad y el Contratante podrá solicitar el incremento a la Suma Asegurada presentando las pruebas de asegurabilidad que la Compañía le indique para valorar la aceptación del monto excedente. En caso de ser aceptado, la Compañía emitirá las condiciones aplicables y la prima requerido para su cobertura.</p> <p>Por tratarse de una prestación laboral, para los Asegurados en servicio activo, la Compañía aceptará los incrementos en la Suma Asegurada que se presenten durante la vigencia o a la renovación de la Póliza siempre y cuando se cumpla con alguno de los siguientes supuestos:</p> <p>a) Si a regla para determinar la Suma Asegurada dependa del sueldo, y se presente un incremento general de nómina, siempre que el Contratante de aviso por escrito a La Compañía de lo anterior dentro de los siguientes 30</p>

	<p>días al incremento en la nómina.</p> <p>b) Si las características de un Asegurado en particular cambian de tal forma que continúe dentro de cualquier subgrupo dado de alta en la Póliza y ello implica un incremento en su Suma Asegurada siempre que ésta no rebase la SAMI.</p> <p>En cualquier otro caso que implique incremento de Suma Asegurada, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía quien se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar mayor información para valorar la aceptación del incremento.</p>
--	--

2. COBERTURA BÁSICA

2.1 FALLECIMIENTO

2.1.1 Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario respecto de ésta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada respectiva, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

2.1.2 Comprobación del Fallecimiento

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
- Acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Comprobante de domicilio particular del Beneficiario. En caso de ser el cónyuge del Asegurado, acta de matrimonio.
- En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2 (dos) años o tienen un hijo en común.

- En caso de ser hijo del Asegurado, acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3. BENEFICIOS ADICIONALES

3.1 ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

3.1.1 Descripción del Beneficio

Al ocurrir el diagnóstico de alguna enfermedad terminal, el Asegurado podrá solicitar por conducto del Contratante un pago parcial del porcentaje de la Suma Asegurada por Fallecimiento indicada en la carátula de Póliza y/o el certificado individual o la Suma Asegurada Máxima para este beneficio indicada en la carátula de Póliza y/o el certificado individual, el que sea menor.

Se considera enfermedad terminal, toda aquella condición que de acuerdo a la determinación médica corresponda a una afección irreversible y que por su naturaleza es determinante de una expectativa de vida que no supera los 12 meses.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía será descontada de la liquidación final a la que el Beneficiario tenga derecho, una vez presentada toda la documentación requerida y de acuerdo a las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta Cobertura.

3.1.2 Exclusiones

Este beneficio no cubre enfermedades del Asegurado que no califiquen como Enfermedad Terminal.

3.1.3 Comprobación de la Enfermedad Terminal

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por este beneficio se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Informe médico
- Resultado de los estudios practicados
- Diagnóstico médico
- Acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo.
- Identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, el documento que acredite su legal estancia en el país.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Certificado Individual, si lo tuviera, o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3.2 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

3.2.1 Descripción de la Cobertura

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual **como consecuencia directa e inmediata de un Accidente**, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en el Certificado Individual respectivo, **siempre que esta cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.**

Se entenderá como fallecimiento accidental aquel que ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del Accidente.

La indemnización respecto de esta cobertura, es independiente del pago de la indemnización por la cobertura de fallecimiento descrita en la cláusula 2.1 anterior.

3.2.2. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- (c) El que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste sea sujeto activo de delito.**
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.**
- (e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**

- (g) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (h) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (i) Participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.**
- (j) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.**
- (k) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**

3.2.3 Comprobación de la Muerte Accidental

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por este beneficio se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Los documentos señalados en la sección 2.1.2
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.3 BENEFICIO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

3.3.1 Descripción del Beneficio

Si el Asegurado fallece durante la vigencia del Certificado Individual **como consecuencia directa e inmediata de un Accidente Colectivo**, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para este Beneficio especificada en el Certificado Individual respectivo, siempre que este Beneficio haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

Para fines de esta Beneficio, se entenderá como Accidente Colectivo:

Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular;

Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de las minas; Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento del incendio, definiéndose como edificio público aquel donde cualquier persona tenga acceso sin restricción.

La indemnización respecto de esta cobertura, es independiente del pago de la indemnización por las coberturas de fallecimiento y, en su caso, de fallecimiento accidental descritas en las secciones 2.1 y 3.2 anteriores.

3.3.2. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- (c) El que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste sea sujeto activo de delito.**
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.**
- (e) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en**

peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.

- (g) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (h) Participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.**

3.3.3 Comprobación de la Muerte Accidental Colectiva

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por este beneficio se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Los documentos señalados en la sección 2.1.2
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.4 BENEFICIO DE SEGURO POR VIUDEZ

3.4.1 Descripción del Beneficio

Si el Cónyuge del Asegurado fallece durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio al Asegurado titular, siempre que esta cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual. La Suma Asegurada por el fallecimiento del Cónyuge se define con base en la regla estipulada para este Beneficio, teniendo como límite \$2'000,000 de pesos.

Si el Asegurado y el Cónyuge mueren al mismo tiempo o no hay forma de tener el dato exacto de quién falleció primero, se considerará que el Cónyuge murió primero por lo cual, se pagará por muerte del Cónyuge la Suma Asegurada correspondiente a la sucesión legal del Asegurado.

Si el Asegurado muere después que el Cónyuge, pero no se le ha efectuado el pago de la Suma Asegurada por la muerte del Cónyuge, el pago se le realizará a la sucesión legal del Asegurado.

Ingreso

Se dará de alta en este Beneficio a al Cónyuge del Asegurado, entendiéndose por Cónyuge a la persona que haya contraído matrimonio civil con el Asegurado.

Bajas

Se dará de baja al Cónyuge desde el momento en que haya enviudado, se haya divorciado o cuando el Certificado Individual del Asegurado titular se haya cancelado por cualquier causa.

3.4.2 Comprobación del Fallecimiento del Cónyuge

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por este Beneficio, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Acta de defunción del Cónyuge y/o certificado de defunción del Cónyuge.
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Cónyuge haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado y del Cónyuge;
- Acta de matrimonio.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3.5 BENEFICIO DE PROTECCIÓN FAMILIAR

3.5.1 Descripción del Beneficio

Si un Dependiente del Asegurado mayor de 12 años fallece durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para este Beneficio al Asegurado titular, siempre que esta cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual. La Suma Asegurada por el fallecimiento del Dependiente se define con base en la regla estipulada para este beneficio, con un límite de \$2'000,000 de pesos para los Dependientes.

Si el Asegurado fallece después de algún Dependiente, pero no se ha efectuado el pago de la Suma Asegurada, este se realizará a la sucesión legal del Asegurado.

Si el Asegurado titular y algún Dependiente mueren al mismo tiempo o no hay forma de tener el dato exacto de quién falleció primero, se considerará que el Dependiente murió primero por lo cual, se pagará a la sucesión legal del Asegurado la Suma Asegurada correspondiente al fallecimiento del Dependiente.

En caso de fallecimiento del Dependiente menor de 12 años durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado al lugar designado por el Beneficiario, hasta \$120,000 pesos, siempre que este Beneficio haya sido expresamente contratado según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

Para efectos de este Beneficio se entenderá por

Dependiente al Cónyuge y los hijos menores de 25 años y no perciban remuneración por trabajo personal alguno, a la fecha de contratación o renovación de esta cobertura y que figuren en el consentimiento bajo las siguientes condiciones:

- a) En caso de menores de 12 años, con la firma del Asegurado Titular
- b) Para los mayores de 12 y menores de 18 años, estos deberán firmar su propio consentimiento, además de la firma del Asegurado según el artículo 169 de la Ley sobre el Contrato del Seguro que a la letra dice: "Artículo 169. Cuando el menor de edad tenga 12 años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo"
- c) Para los mayores de 18 años, no es necesario contar con su consentimiento conforme a lo señalado en el Artículo 170 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Ingresos

Se dará de alta en este Beneficio Cobertura a los hijos del Asegurado y/o a la persona que haya contraído o contraiga Matrimonio Civil con el Asegurado.

Las edades de Aceptación del Cónyuge son de 18 a 70 años sin límite en las renovaciones posteriores y para los hijos son de 0 a 25 años cancelándose en el aniversario del Certificado Individual en el Dependiente haya cumplido 26 años.

Bajas

Se dará de baja al Cónyuge desde el momento en que legalmente haya enviudado, se haya divorciado o el Certificado Individual del Asegurado titular. Los hijos serán dados de baja en caso de que no califiquen como Dependientes o en el aniversario del Certificado Individual en el Dependiente haya cumplido 26 años.

3.5.2 Comprobación del Fallecimiento del Dependiente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por este Beneficio, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Acta de defunción del Cónyuge o Dependiente y/o certificado de defunción del Cónyuge o Dependiente.
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Cónyuge o Dependiente haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado y del Cónyuge;
- Acta de matrimonio o de nacimiento del Dependiente.

- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que solicite el beneficio de reembolso por gastos funerarios, Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.
- Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

3.6 BENEFICIO ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

3.6.1 Descripción del Beneficio

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje establecido en Tabla de Pérdidas de Miembros señalada en la Carátula de Póliza y/o el Certificado Individual sobre la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura, si durante la vigencia del Certificado Individual ocurre un Accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas, el Asegurado pierde algún miembro en el evento o dentro de los 90 días posteriores al mismo.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, aun cuando el Asegurado sufriese varias de las pérdidas especificadas.

En caso de ocurrir el Fallecimiento del Asegurado a consecuencia del Accidente dentro de los 90 días posteriores a éste, en caso de haberse contratado el Beneficio de Muerte Accidental, se descontará de la Suma Asegurada del Beneficio de Muerte Accidental, la cantidad que se hubiere pagado previamente conforme al presente Beneficio.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para nuevos Accidentes.

Tabla de pérdida de miembros Escala A

Por la pérdida de:	% de Indemnización Básica
Ambas manos o ambos pies, o la vista en los dos ojos	100 %
Una mano y un pie.	100 %
Una mano o un pie, junto con la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie.	50 %
La vista de un ojo.	30 %
Un dedo pulgar, a partir de la primera falange	15 %
Un dedo índice.	10 %

Cualquier pérdida de miembro no especificada en la tabla no estará cubierta.

Tablas de pérdida de miembros Escala B

Por la pérdida de:	% de indemnización Básica
---------------------------	----------------------------------

Ambas manos o ambos pies, o la vista en los dos ojos	100 %
Una mano y un pie.	100 %
Una mano o un pie, junto con la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
Un dedo pulgar, a partir de la primera falange	15 %
Un dedo índice	10 %
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	30 %
Tres dedos de una mano comprendiendo el pulgar y el índice	30 %
Tres dedos de una mano que no sean el pulgar o el índice	25 %
El pulgar y otro dedo de una mano que no sea el índice	25 %
La audición total e irreversible en ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	20 %
El dedo medio, el anular o el meñique	5 %

Para fines de este beneficio, se entenderá

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación metacarpo falángica o metatarsofalángica, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos), lo que corresponde a la pérdida de dos o más falanges de cualquiera de los dedos, ya sea de la mano o del pie según corresponda;
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

En caso de que en la fecha del Accidente, el Asegurado ya hubiere sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o hubiere perdido la vista en uno o ambos ojos, antes de la Fecha de Alta del Certificado de la cobertura indicada en el Certificado Individual esa Pérdida Orgánica no será incluida cuando se determinen la indemnización a pagarse.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia del Certificado Individual, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada máxima para este Beneficio.

Cualquier pérdida de miembro no especificada en la tabla no estará cubierta.

3.6.2 Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la pérdida orgánica fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- (c) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación,**

- disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (d) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - (e) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - (f) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.
 - (g) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.
 - (h) Participación intencional en actos delictivos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
 - (i) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.
 - (j) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones provocadas por un Accidente; cuando el Accidente que los ocasione haya ocurrido fuera de la vigencia del Certificado Individual.
 - (k) Abortos, cualquiera que sea su causa.
 - (l) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
 - (m) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
 - (n) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

3.6.3 Comprobación de la Pérdida Orgánica

- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;
- Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario.
- En caso de ser el cónyuge del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de matrimonio.
- En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2(dos) años o tienen un hijo en común.
- En caso de ser hijo del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de ser aplicable;
- Constancia del médico que acredite la Pérdida Orgánica.

3.7 COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS EN ACCIDENTE COLECTIVO

3.7.1 Descripción del Beneficio

En caso de haberse contratado esta cobertura en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje establecida en Tabla de Pérdidas de Miembros sobre la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura, si durante la vigencia del Certificado Individual ocurre un Accidente Colectivo y a consecuencia de las lesiones sufridas, el Asegurado pierde algún miembro en el evento o dentro de los 90 días posteriores al mismo.

Para fines de esta Beneficio, se entenderá como Accidente Colectivo:

Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular;

Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de las minas; Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento del incendio, definiéndose como edificio público aquel donde cualquier persona tenga acceso sin restricción.

La indemnización respecto de esta cobertura, es independiente del pago de la indemnización por la cobertura de Pérdida Orgánica descrita en la cláusula 3.4 anterior.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de la Cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese varias de las pérdidas especificadas.

En caso de ocurrir el Fallecimiento del Asegurado a consecuencia del Accidente dentro de los 90 días posteriores a éste, se descontará de la Suma Asegurada de esta Cobertura, la cantidad que se hubiere pagado por pérdida de miembros dentro del mismo lapso, a consecuencia del mismo Accidente.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para nuevos Accidentes.

3.7.2 Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la pérdida orgánica fuere consecuencia de lo siguiente:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.**
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.**
- (c) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**
- (d) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (e) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.**
- (f) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- (g) Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**
- (h) Participación intencional en actos delictivos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.**
- (i) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.**
- (j) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados o derivados directamente de lesiones**

provocadas por un Accidente; cuando el Accidente que los ocasione haya ocurrido fuera de la vigencia del Certificado Individual.

- (k) Abortos, cualquiera que sea su causa.
- (l) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- (m) Lesiones que el Asegurado sufra por motociclismo, dónde el Asegurado esté en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (n) Accidentes que sufra el Asegurado por Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

3.7.3 Comprobación de la Pérdida Orgánica

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (averiguaciones previas, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
- Acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo.
- Identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, el documento que acredite su legal estancia en el país.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Certificado Individual, si lo tuviera, o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.
- Constancia del médico que acredite la Pérdida Orgánica.

3.8 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

3.8.1 Descripción del Beneficio

Si el Asegurado que sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado, en un sola exhibición la Suma Asegurada contratada para este Beneficio especificada en el Certificado Individual, siempre que este Beneficio haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual

Se entenderá por **Invalidez Total y Permanente**, a la pérdida total de facultades o aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha del Alta del Certificado Individual se vean afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente o Enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar el trabajo o actividad remunerada que realizaba como principal fuente de ingresos al momento de ocurrir el Accidente o Enfermedad de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un lapso de tiempo mayor al Periodo de Espera y no exista

un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica aprobados por la Secretaría de Salud o autoridad mexicana competente a la fecha del Accidente o Enfermedad para revertir los efectos de la invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

1. Si el Asegurado por razones de salud no es candidato al tratamiento médico y/o intervención quirúrgica o si después de haberse sometido éstos no se revierten los efectos de la invalidez,
2. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

En los casos de pérdidas irreparables, antes mencionados, no operará el Periodo de Espera.

Para los efectos de este contrato, se entiende por Pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

3.8.2 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el número de días naturales definido en la carátula de la póliza y posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca.

En los casos de pérdidas irreparables referidas en el inciso 2. del apartado anterior, no operará el Periodo de Espera señalado.

3.8.3 Exclusiones

El pago de este beneficio no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- **Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución;**
- **Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional;**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**

- **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;**
- **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;**
- **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual cuando exista previamente un diagnóstico de que dicho padecimiento o enfermedad va a derivar en una invalidez durante la vigencia del seguro.**
- **Cualquier Enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); y**
- **Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3.8.4 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para solicitar la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación;
- Identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, el documento que acredite su legal estancia en el país;
- Comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Instituto de Seguridad Social al que declare pertenecer, y en caso que declare no pertenecer a ninguno, aquel avalado por una institución o médico con cédula profesional expedida o avalada por autoridad competente, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
- En su caso, estado de cuenta del Crédito; y
- Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información y/o documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, tales como, informes, peritajes o actuaciones ante el Ministerio Público o certificaciones acerca de la validez y/o autenticidad sobre la documentación presentada para soportar el siniestro, y las que fueren análogas y/o equiparables a las anteriores, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para que la Compañía pueda dictaminar que la reclamación es improcedente, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un Médico especialista en la materia.

Si la Enfermedad o Accidente que provoque el estado de Invalidez Total y Permanente es susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, la Compañía podrá declinar el pago si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

3.9 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

3.9.1 Descripción del Beneficio

La presente cobertura aplica únicamente cuando la misma haya sido expresamente contratada, según lo especificado en el Certificado Individual para los Asegurados que sufran un estado de Invalidez Total y Permanente derivado de un accidente cubierto, durante la vigencia del Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente derivado de un accidente cubierto, durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable respecto de esta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, a la pérdida total de facultades o aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha del Alta del Certificado Individual se vean afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente o Enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar el trabajo o actividad remunerada que realizaba como principal fuente de ingresos al momento de ocurrir el Accidente o Enfermedad de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un lapso de tiempo mayor al Periodo de Espera y no exista un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica aprobados por la Secretaría de Salud o autoridad mexicana competente a la fecha del Accidente o Enfermedad para revertir los efectos de la invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

1. Si el Asegurado por razones de salud no es candidato al tratamiento médico y/o intervención quirúrgica o si después de haberse sometido éstos no se revierten los efectos de la invalidez,
2. La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

En los casos de pérdidas irreparables, antes mencionados, no operará el Periodo de Espera.

Para los efectos de este contrato, se entiende por Pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

3.9.2 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el número de días naturales definido en la carátula de la póliza y posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca.

En los casos de pérdidas irreparables referidas en el inciso 2. del apartado anterior, no operará el Periodo de Espera señalado.

3.9.3 Exclusiones

El pago de este beneficio no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- **Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**
- **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución;**
- **Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional;**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo;**
- **Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de la participación de éste en una riña, cuando el Asegurado sea el provocador;**
- **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;**
- **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;**
- **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual cuando exista previamente un diagnóstico de que dicho padecimiento o enfermedad va a derivar en una invalidez durante la vigencia del seguro.**
- **Cualquier Enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); y**
- **Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3.9.4 Comprobación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de los documentos enlistados a continuación, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente.

Para solicitar la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- Original (para cotejo) o copia de alguna identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) o copia de algún comprobante de domicilio particular del Asegurado;
- Copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Asegurado;
- Original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Instituto de Seguridad Social al que declare pertenecer, y en caso que declare no pertenecer a ninguno, aquel avalado por una institución o médico con cédula profesional expedida o avalada por autoridad competente, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente;
- Original del Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información y/o documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, tales como, informes, peritajes o actuaciones ante el Ministerio Público o certificaciones acerca de la validez y/o autenticidad sobre la documentación presentada para soportar el siniestro, y las que fueren análogas y/o equiparables a las anteriores, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para que la Compañía pueda dictaminar que la reclamación es improcedente, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un Médico especialista en la materia.

Si la Enfermedad o Accidente que provoque el estado de Invalidez Total y Permanente es susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, la Compañía podrá declinar el pago si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

3.10 BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

3.10.1 Descripción del Beneficio

En caso de haberse contratado este beneficio en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, en caso de que el Asegurado sufra una Invalidez Total y Permanente cubierta conforme a los beneficios descritos en las cláusulas 3.8 y 3.9 anteriores y a partir de la fecha en que sea dictaminada como procedente la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la Compañía conviene en emitir una póliza de vida temporal individual eximiendo al Asegurado del pago de las primas que corresponderían al Asegurado por la cobertura del dicho seguro de vida.

El período de exención de pago de primas que se haya contratado se especificará en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada del seguro Individual de vida será igual a la que le correspondería al propio Asegurado de acuerdo a la póliza del Grupo al que pertenecía a la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente.

3.10.2 Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el número de días naturales definido en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca.

3.11 GASTOS FUNERARIOS

3.11.1 Descripción del Beneficio

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en el Certificado Individual respectivo, siempre que esta cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

3.11.2 Comprobación del Fallecimiento para la cobertura de Gastos Funerarios

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información señalada en la sección 2.1.2.

3.12 ENFERMEDADES GRAVES

3.12.1 Descripción del Beneficio

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado con una de las Enfermedades Graves descritas en este beneficio, la Compañía pagará al Contratante y Beneficiario irrevocable y, en su caso, al Asegurado la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con lo especificado en la Carátula de Póliza y/o el Certificado Individual.

3.12.1.1 Eventos Cubiertos

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Cáncer

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Neoplasia Maligna (Cáncer) durante la vigencia del Certificado Individual.

Para fines de esta cobertura, se entiende por Neoplasia Maligna la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) Cáncer In Situ.
- (b) Cáncer de Piel, entendiéndose por éste un crecimiento maligno en la piel a consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y/o la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.
- (c) Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1 (displasia leve), NIC-2 (displasia moderada a marcada) y NIC-3 (displasia grave a carcinoma in situ)) o aquellos considerados por histología como premalignos;
- (d) Melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3 (es decir que la infiltración que ocupa no se haya expandido a la dermis papilar y no haya penetrado la dermis reticular). Para fines de lo dispuesto en esta exclusión, se entiende por Melanoma, un tipo de cáncer de piel que se origina en la multiplicación descontrolada de los melanocitos (células que contienen la melanina, pigmento responsable del bronceado) en las capas más profundas de la piel (o del ojo). Se describe como una lesión cutánea oscura e irregular que puede tener áreas de colores que varía y con frecuencia su diámetro es superior a los 6 mm (seis milímetros).
- (e) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- (f) Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- (g) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- (h) Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM (escala de estadiaje de cáncer de próstata), desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) - el cáncer se encuentra accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. El cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado. T1a: el cáncer se encuentra accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y el cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado o T1b: el cáncer se detecta durante la TURP, pero está presente en más de un 5% del tejido extirpado.
- (i) Leucemia linfocítica crónica excepto cuando exista gran conteo de zap-70 y cd38.
- (j) Padecimientos Preexistentes.

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Infarto y/o Hemorragia Cerebral

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Infarto y/o Hemorragia Cerebral que ponga en peligro su vida durante la vigencia del Certificado Individual.

Para fines de esta cobertura, se entiende por **Infarto y/o Hemorragia Cerebral** (ECV) el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones Cerebrovascular (ECV) incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la muerte, sin ninguna otra causa aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican ECV transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas.

La Compañía no efectuará del pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) Episodios de isquemia transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas;**
- (b) Daño cerebral debido a vasculitis, o enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;**
- (c) Enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico;**
- (d) Desorden de isquemia del sistema vestibular.**
- (e) Padecimientos Preexistentes.**

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Infarto Agudo al Miocardio

La Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Infarto Agudo al Miocardio que ponga en peligro su vida. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Se entiende por Infarto Agudo al Miocardio la muerte de una porción del músculo cardiaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardiacas.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá que el Infarto Agudo al Miocardio ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad al Alta del Certificado Individual. Asimismo, el diagnóstico deberá ser posterior al Período de Carencia indicado en el Certificado Individual.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes de cualquier tipo de cardiopatía (infarto, isquemia, angina de pecho o arritmia) o haya tenido una intervención quirúrgica del corazón previa.**
- (b) Tratándose de un infarto subsecuente del miocardio.**

(c) Cuando el Asegurado haya padecido previamente al Alta del Certificado Individual algún padecimiento crónico degenerativo que afecte al corazón o vasos sanguíneos como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica o incremento de lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos) denominada dislipidemia o hiperlipidemia.

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Insuficiencia Renal Crónica

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Insuficiencia Renal Crónica durante la vigencia del Certificado Individual.

Se entiende por **Insuficiencia Renal Crónica** el estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) SIDA o presencia del virus del VIH.**
- (b) Leucemia linfocítica crónica.**
- (c) Transplantes**
- (d) Padecimientos congénitos.**
- (e) Padecimientos Preexistentes.**
- (f) Enfermedad cuando está en etapa de compensación o insuficiencia renal sin diálisis regular o trasplante.**

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Parálisis de las Extremidades

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Parálisis de las Extremidades durante la vigencia del Certificado Individual.

Se considera **Parálisis de la Extremidades** la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando la Parálisis de Extremidades sea a consecuencia de:

- (a) lesiones auto-infligidas.**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Esclerosis Múltiple

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con Esclerosis Múltiple durante la vigencia del Certificado Individual.

Se entiende por **Esclerosis Múltiple** a la Enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejia de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) Daño neurológico derivado de Lupus Eritematoso Sistémico.**
- (b) infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.**
- (c) Padecimientos Preexistentes.**

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Ceguera

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos causada por Accidente o Enfermedad durante la vigencia del Certificado Individual (CEGUERA TOTAL Y PERMANENTE).

Para fines de esta cobertura, se considera como Ceguera Total y Permanente la pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos, como resultado de una enfermedad o accidente.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando la Ceguera sea a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Ceguera a consecuencia de Glaucoma o Retinopatía Diabética.**

Indemnización por Diagnóstico por primera vez de Sordera

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con la Pérdida Total de la Audición durante la vigencia del Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura, se considera como Pérdida Total de la Audición a la pérdida absoluta (100%) e irreparable de la capacidad de oír en los dos (2) oídos.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando la Sordera sea consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

Coma Profundo

La Compañía pagará la indemnización si el Asegurado cae en estado de Coma Profundo durante la vigencia del Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por **Coma Profundo**, la pérdida continua de la conciencia y la no reacción a estímulos externos o necesidades internas, que persistan continuamente y que requieran de soporte artificial de vida por un periodo no menor a 96 horas de duración y con consecuencias de trastorno

neurológico severo de al menos 6 semanas. No estará cubierto el coma que resulte de abuso de alcohol o drogas, o el coma inducido médicamente.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el diagnóstico sea a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) El estado de Coma Profundo, provocado por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.**

Quemaduras Graves

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es tratado durante la vigencia del Certificado Individual por Quemaduras Graves. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

Se considera como **Quemadura Grave** aquellas quemaduras de tercer grado (espesor completo de la piel) que afecten (cubran) por lo menos el 25% de la superficie corporal del Asegurado, conforme a la "Regla de los nueves", o la carta de superficie corporal de Lund Browder.

La Compañía no pagará indemnización alguna relacionada con:

- (a) Injertos de piel autólogos.**
- (b) Padecimientos Preexistentes.**

Tratamiento Quirúrgico de Aneurisma

La Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado recibe por primera vez en su vida Tratamiento Quirúrgico por Aneurisma durante la vigencia del Certificado Individual.

Se entiende por **Tratamiento Quirúrgico de Aneurisma** a la cirugía para corregir la dilatación o crecimiento de un vaso sanguíneo.

La Compañía no pagará indemnización alguna a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.

Trasplante de Órganos Vitales

La Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado requiere por primera vez en su vida de un Trasplante de Órganos durante la vigencia del Certificado Individual. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

La cobertura sólo comprende el Trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste. Se entiende por **Trasplante de Órganos Vitales** la transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, al objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

Para fines de la presente cobertura se considera que el Trasplante de un Órgano es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea, páncreas o córnea, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo a tal magnitud que exista una falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando el Trasplante de Órganos Vitales sea:

- (a) Trasplantes autólogos.**
- (b) Trasplante de Islotes de Langerhans en el caso de Páncreas.**
- (c) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

Angioplastía Coronaria de dos o más Arterias.

La Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es intervenido quirúrgicamente por primera vez en su vida para la realización de una Angioplastía Coronaria de dos o más arterias durante la vigencia del Certificado Individual.

Se entiende por Angioplastía Coronaria de dos o más Arterias al procedimiento mediante el cual, a través de un catéter, se hace llegar un pequeño balón inflable a la sección de la arteria coronaria obstruida. Este balón, al ser inflado, comprime la obstrucción contra las paredes de la arteria, abriendo paso a la sangre que circula por ella.

La Compañía no efectuará el pago de la indemnización cuando la intervención sea a consecuencia de:

- (a) Padecimientos Preexistentes.**
- (b) Que el Asegurado padezca o haya padecido alteración de los lípidos en sangre (colesterol o triglicéridos) conocidos como dislipidemia, o sea portador de una enfermedad crónico-degenerativa que afecte la circulación cardiaca (coronaria), como hipertensión y/o diabetes mellitus.**
- (c) La angioplastia de una arteria, colocación de stent o cualquier procedimiento intra arterial y otras técnicas no quirúrgicas**

3.10.2 Restricciones

Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía por este concepto, no será cubierta por este seguro.

La Edad mínima de aceptación y la edad máxima para la cobertura es la que se indica en la carátula de la póliza.

3.10.3 Periodo de Carencia

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del Alta del Certificado Individual, para que el Asegurado se encuentre cubierto.

Durante el Período de Carencia, el Asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización, en caso de ocurrir el Evento según se describe en las coberturas, salvo que ocurra derivado de un Accidente. Lo anterior en el entendido de que si los síntomas de la Enfermedad Grave surgen durante el Periodo de Carencia o el Evento ocurre antes de que haya transcurrido el Periodo de Carencia correspondiente, la reclamación no será procedente.

Para esta cobertura aplica el Periodo de Carencia del número de días indicado en la Carátula de Póliza y/o el Certificado Individual contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, respecto de cada Asegurado.

3.10.4 Terminación del Beneficio

El beneficio adicional por Enfermedades Graves terminará en los siguientes casos:

- (a) Cancelación del presente beneficio o de la Cobertura Básica de fallecimiento
- (b) Primera ocurrencia de una Enfermedad Grave que sea indemnizada por este beneficio.

3.10.5 Comprobación de la Enfermedad Grave

Para hacer efectivo el pago de la Suma Asegurada por la Enfermedad Grave cubierta, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información y documentación:

- Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
- Acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo.
- Identificación oficial del Asegurado. En caso de ser extranjero, el documento que acredite su legal estancia en el país.
- Comprobante de domicilio del Asegurado.
- Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado.
- Informe médico detallado elaborado por el médico especialista, identificando al Asegurado, la fecha de ocurrido el Evento, el Diagnóstico, y el tratamiento propuesto y/o realizado.
- Resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el Diagnóstico realizado por el Médico tratante. Será necesario para los efectos de demostración, que se presenten los estudios de laboratorio (estudios de sangre) y gabinete (Radiografías (Rx), Ultrasonido o TAC (Tomografía Axial Computarizada) en caso de haberse realizado), Resultados de Histopatológico, Estudios de Audiometría, todos fechados e identificados a nombre del Asegurado además de cualquier otro documento y/o estudio que solicite en su momento la Compañía.
- Certificado Individual, si lo tuviera, o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4. CONDICIONES GENERALES

4.1 Edad

El Asegurado deberá ser persona física mayor de 18 (dieciocho) años y hasta 69 (sesenta y nueve) años con 364 días. La edad máxima de renovación de la cobertura será de 69 (sesenta y nueve) años con 364 (trescientos sesenta y cuatro días) como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas diferentes mediante endoso.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en la fecha a partir de la cual quede amparado bajo el presente Contrato de Seguro.

No obstante la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado en la fecha de celebración del Contrato de Seguro;
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar 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 de Seguro. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en la solicitud de aseguramiento y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad a su celebración, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Contrato de Seguro o extenderá al Asegurado otro comprobante; en éste caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

4.2 Prima

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

En caso de pago fraccionado, la primera fracción de la Prima vencerá a los 30 (Treinta) días naturales de la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo y los pagos subsecuentes la fecha de vencimiento será en cada uno de los mismos en periodos de igual duración que la primera. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del periodo de vigencia de éste Contrato de Seguro y/o del Certificado Individual respectivo.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la Carátula de la Póliza.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, a las doce horas del último día del periodo de gracia o del plazo de pago, a que se refiere el tercer párrafo de ésta cláusula.

En caso de que el Contratante no pague las Primas y demás prestaciones que hubiese contraído en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.3 Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia a las 23:59 de las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Certificado Individual respectivo.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Alta del Certificado Individual especificada en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia a las 23:59 en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual.

Los Certificados Individuales se cancelarán automáticamente por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer al Grupo Asegurado.
- Que el Contrato de Seguro sea cancelado.

- En la fecha de inicio del aniversario de la Póliza inmediato posterior a aquella en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación, conforme a los límites de edad establecidos por la Compañía respecto del presente Contrato de Seguro.
- Al haber transcurrido la temporalidad señalada en el Certificado Individual.

4.4 Renovación

De conformidad con lo establecido en la cláusula 4.3 anterior, la vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovarlo por periodos sucesivos iguales, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento.

Lo anterior, salvo que el Contratante o la Compañía manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro mediante notificación dada a la otra parte con al menos 30 días previos a su terminación.

La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.

La renovación otorgará el derecho de antigüedad respecto de cada Asegurado sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad, no pudiéndose modificar los periodos de espera ni las edades límite en perjuicio de los Asegurado.

La continuidad de la atención del siniestro no se podrá condicionar a la renovación del Contrato de Seguro.

4.5 Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará a(los) Beneficiario(s) que corresponda(n) las indemnizaciones por las coberturas y en su caso beneficios adicionales contratados y afectados, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

4.6 Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado sin importar la causa que le dio origen, siempre que éste haya sucedido dentro de los primeros 24 (veinticuatro) meses de vigencia del Certificado Individual respectivo, contados a partir de la Fecha de Alta del Certificado Individual, la Compañía, únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada respectiva sin importar el estado mental del Asegurado.

4.7 Beneficiarios

El Contratante es el Beneficiario irrevocable respecto de las coberturas señaladas en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, como titular del derecho a la indemnización derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.

, Se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado en el Certificado Individual.

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 con anterioridad (Artículo 175 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se harán en forma expresa y por escrito, al completar el formulario correspondiente. La Compañía quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio o la indemnización correspondiente se distribuirá en partes iguales. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás (Artículo 188 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de no haberse designado Beneficiarios, se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

En caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

4.8 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado (Asegurados), así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos respecto de las coberturas de fallecimiento.
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados.

- Comunicar a la Compañía cualquier cambio en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro.
- Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.
- Entregar los Certificados Individuales o bien, hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía.

Ajustes

En caso de movimientos de Ingresos o Baja de Asegurados, de Beneficios Adicionales, o de incremento en Sumas Aseguradas, la Compañía valorará la aceptación y calculará la Prima correspondiente desde el mes del movimiento hasta el mes del vencimiento de la Póliza utilizando como base la cuota promedio mensual por meses completos.

La Compañía cobrará o devolverá al Contratante la Prima vencida y ajustará en su caso los recibos de periodos subsecuentes incluyendo el mes en el que se realizaron los movimientos. De no ser cubierto el ajuste que le corresponda al Contratante, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Notificación de Cúmulos

Se hace constar que el Contratante está obligado a informar a la Compañía el detalle de los Asegurados que se encuentren incluidos en más de una póliza.

La falta de este aviso por parte del Contratante, limitará la obligación para la Compañía haciéndose sólo responsable de pagar hasta el SAMI.

La Compañía se reservará el derecho de autorizar el monto de la Suma Asegurada, tomando en consideración las reglas de suscripción correspondientes.

En caso de no autorizarse el excedente a la SAMI, se devolverá la o las primas correspondientes a dicho excedente, en un plazo no mayor de 30 días naturales, en caso de que no se proporcione respuesta, se considerará que la Compañía acepta la cobertura bajo las mismas condiciones.

4.9 Ingresos al Grupo

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

4.10 Bajas del Grupo

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando automáticamente sin validez el Certificado Individual respectivo. Cuando sea aplicable, la Compañía restituirá al Contratante y/o al Asegurado (en la proporción correspondiente) parte de la prima neta no devengada respecto de las personas que se separen del Grupo Asegurado, calculada en días exactos a quien la haya aportado. Para fines de lo anterior, se entiende que la

prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y, en su caso, gastos de emisión del Certificado Individual.

En las Pólizas cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral a cargo del Contratante, la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de Vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales contados a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la SAMI sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

En caso de solicitar cualquier modificación a estas condiciones, la Compañía se reserva el derecho de exigir pruebas de asegurabilidad.

Las personas que hubieren contratado su Seguro Individual y que vuelvan a formar parte del Grupo Asegurado, tendrán derecho a ser Asegurados, siempre que el Contratante lo haga del conocimiento de la Compañía dentro de los 30 días siguientes a su ingreso.

4.11 Terminación del Contrato de Seguro

En caso de que el Contratante desee cancelar la Póliza dentro de los 30 (treinta) días de haber recibido la Póliza, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra el Seguro durante dicho periodo, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Adicionalmente, si el Contratante opta por la terminación anticipada de su Contrato después de los primeros 30 días de vigencia del Seguro, la Compañía efectuará la devolución del 60% de la prima de Tarifa (Carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional dentro de los treinta días siguientes a la solicitud, mediante transferencia bancaria a la cuenta indicada o cheque. En caso de que el Seguro haya sido afectada por un Siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante dirigido a la Compañía.

4.12 Rehabilitación

Si la causa que pone término a la cobertura del Seguro es la falta de pago de la Prima, la Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la rehabilitación conforme a las políticas vigentes. Para iniciar el proceso de rehabilitación, es necesario solicitarlo por escrito a la Compañía o mediante comunicación a la Compañía al número telefónico o dirección de correo electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza.

4.13 Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado y/o el Beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía.

4.14 Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a éste Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta, según las condiciones y los límites especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los informes y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del siniestro (Evento), las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

El Asegurado y/o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Evento.

4.15 Padecimientos Preexistentes

Para resolver la procedencia de la reclamación en caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

La Compañía no cubrirá los Padecimientos Preexistentes de conformidad con las reglas estipuladas bajo la definición de Padecimientos Preexistentes incluida en el Capítulo I. DEFINICIONES de estas Condiciones Generales.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un padecimiento es o no un Padecimiento Preexistente y por lo tanto susceptible de estar cubierto bajo el Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto en la Disposición 4.5.12 de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. A fin de garantizar dicha independencia, las partes acordarán la designación de manera conjunta, pudiendo apoyarse en alguna Institución de carácter privada, o bien Pública Gubernamental debidamente facultada para ello, que mediante consulta expresa le sea planteada la posibilidad de desahogar el procedimiento arbitral o bien pudiera recomendar opciones de otras instituciones o profesionistas calificados para llevar a cabo dicha instancia arbitral.

Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

4.16 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 por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

“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, ...,

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.

4.17 Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán, respecto de las coberturas de fallecimiento en 5 (cinco) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en 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 de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.18 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía 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 y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de

Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>

4.19 Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro y/o el Certificado Individual o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciban la póliza o el Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Las Condiciones Particulares aplicables a este Contrato de Seguro podrán ser modificadas mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable.

4.20 Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Contratante y/o al Asegurado tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca de éstos.

4.21 Comisión o Compensación Directa

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. La Compañía 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.

4.22 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante y/o del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda de curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

4.23 Dividendos

Se entiende por Dividendos, al monto que corresponda al Contratante o a los Asegurados, en este último caso cuando contribuyan al pago de la prima, por siniestralidad favorable de la póliza.

El otorgamiento de Dividendos se sujetará a lo siguiente:

- Para que dicha participación se otorgue el Contratante deberá declararlo por escrito en la solicitud y constar expresamente en la caratula de la póliza de seguro.
- En el caso de Contratos de Seguro cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.
- Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia del Contrato de Seguro.
- No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia del Contrato de Seguro.
- La prima de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Compañía establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- El cálculo se hará aplicando un porcentaje a la diferencia entre las primas de riesgo pagadas y devengadas y los siniestros ocurridos durante la vigencia de la Póliza.
- El pago total de dividendos, se liquidará directamente al Contratante para que, en su caso, a su vez éste lo distribuya a cada uno de los Asegurados, en la proporción en la que participaron en el pago de la prima.
- La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro y tratándose de seguros con vigencia multianual, en el aniversario. Si con posterioridad a la liquidación de los Dividendos derivado de esta cláusula es presentado a la Compañía, un siniestro cuya fecha de ocurrencia se encuentra dentro de la vigencia de la cual se liquidaron los Dividendos, el Contratante deberá devolver dichos Dividendos hasta el monto del siniestro o por el importe total si éste fuera menor. Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto de los Dividendos pagados.
- El pago del Dividendo estará condicionado al pago de la prima a la Compañía que cubra la vigencia de la Póliza, incluyendo los ajustes y el movimiento anual correspondiente.
- En caso de que el Contratante cuente con más de una Póliza para el pago del monto de Dividendo correspondiente, este se distribuirá de manera proporcional al monto de siniestralidad favorable de cada una de ellas, salvo convenio contrario.

La Compañía no realizará pagos por concepto de Dividendos que deriven de una experiencia favorable en siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al Asegurado o Contratante.

El Contratante y los Asegurados, en caso de que éstos contribuyan al pago de la prima, tendrán derecho a participar de las utilidades de la **propia experiencia del contrato**.

En caso de que el Contratante y sus subsidiarias y/o afiliadas cuente con más de una póliza para el pago del monto de dividendo correspondiente, este se distribuirá de manera proporcional al monto de siniestralidad favorable de cada una de ellas, salvo convenio contrario.

La fórmula de dividendos estará condicionada al pago de la prima, incluyendo los ajustes y el movimiento anual correspondiente, por lo que en caso de la cancelación del contrato, la Compañía modificará la fórmula de dividendos de acuerdo a la que le hubiera correspondido por el periodo cubierto y pagado.

Con el pago del dividendo se finiquitan las obligaciones que la Compañía contrajo con el Contratante por la vigencia que termina. Si posteriormente se dan a conocer a la Compañía siniestros ocurridos durante la vigencia, se recalculará el dividendo y el Contratante devolverá la diferencia de manera inmediata a La Compañía sin aplicarle interés alguno.

4.24 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) fecha de entrada en vigor y de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

La administración podrá ser bajo cualquiera de las siguientes dos modalidades:

Administración detallada

En caso de haberse indicado así en la Carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a reportar a la Compañía los movimientos de ingresos, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada **dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de la fecha que les dio origen.**

La Compañía dará cobertura a los nuevos Asegurados siempre y que éstos cumplan con las características correspondientes a su elegibilidad y asegurabilidad vigentes en la fecha de alta del Asegurado.

La prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a las modificaciones individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo, será determinada por la Compañía, sujeto a la valoración del caso con base en el siguiente recibo de primas o antes si el importe del ajuste supera el 10% de la prima original.

De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

El Contratante se obliga a **auto-administrar los consentimientos** individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, resguardándolos una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el Contratante se obliga a facilitar la entrega a la Compañía de los mismos cuando éste se los solicite para que pueda cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento y con las solicitudes de información o requerimientos legales respectivos.

Administración simplificada

En caso de haberse indicado así en la Carátula de la Póliza, la Compañía acepta que el Contratante reporte los movimientos de altas, bajas o modificaciones de Suma Asegurada presentadas después de la emisión de la Póliza y durante la misma de manera simplificada, donde el Contratante se obliga a **proporcionar la base de asegurados al inicio de vigencia y al final de la misma** para el cálculo y aplicación del movimiento correspondiente.

El Contratante se obliga a dar aviso a la Compañía cuando exista incremento generalizado en la Suma Asegurada, superior al 10% de la Suma Asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio para su valoración y aceptación.

Si derivado de un incremento general o individual de Suma Asegurada se tuvieran asegurados con Suma Asegurada excedente a la SAMI establecida en la Carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a reportarlos dentro de los 30 días naturales siguientes contados a partir de la fecha del evento que les da origen, y la Compañía se obliga a aceptar el incremento en la SAMI.

La Compañía dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del Grupo Asegurado, sujeto a los criterios de edad de aceptación, SAMI y requisitos de asegurabilidad vigentes en la fecha de Alta del Certificado.

La prima correspondiente será determinada por la Compañía, aplicando las condiciones establecidas en el producto registrado. El ajuste que corresponda aplicará a partir de la fecha en que se da el incremento, siempre que haya sido informado. De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

El Contratante se obliga a auto-administrar los consentimientos individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, resguardándolos una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el Contratante se obliga a facilitar la entrega a la Compañía de los mismos cuando éste se los solicite para que pueda cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento y con las solicitudes de información o requerimientos legales respectivos.

No serán válidos los incrementos individuales de Suma Asegurada, cuando la persona se encuentre incapacitada, reconociendo el incremento que le corresponda al momento de su rehabilitación.

La prima correspondiente a las modificaciones de Suma Asegurada que procedan dentro del Grupo será determinada por la Compañía y el ajuste que corresponda se reflejará en el ajuste anual.

4.25 Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

4.26 Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar la administración y gestión del Contrato de Seguro y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 del Reglamento, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (o las Disposiciones que, en su caso, correspondan conforme al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas), en la demás normatividad que sea o resulte aplicable en virtud de modificaciones a dicha normatividad o por cualquier otro motivo y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

4.27 Entrega de Certificados Individuales

El Contratante deberá entregar el Certificado Individual al Asegurado de manera personal o a través del correo electrónico que le proporcione el Asegurado en cuyo caso deberá constar la evidencia tanto del consentimiento expreso por escrito de parte del Asegurado como de la remisión de la documentación contractual a través de correo electrónico.

En caso de señalarse en la carátula de la Póliza, como alternativa a lo anterior, el Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual, en términos de lo dispuesto en la fracción II inciso b) del Artículo 16 del Reglamento.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el Crédito los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 50472544 o al 01800 212 5599; para que a elección del Asegurado la Compañía le haga llegar su Certificado Individual a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

4.28 Régimen Fiscal

El régimen fiscal de este Contrato de Seguro estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de las indemnizaciones.

4.29 Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

4.30 Excepción a carencia de restricciones

En caso de que a la contratación o Alta del Certificado Individual o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) 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(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados sea de carácter nacional o extranjero proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas

de Seguros o las disposiciones que en su caso correspondan en las Disposiciones a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) 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 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.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) 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 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.

El producto cuenta con exclusiones y limitantes mismas que se pueden consultar en las condiciones generales disponibles en la página www.palig.com/mexico y en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con el número de registro 0000-000-000000/00-00000-0000.

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 02 de octubre de 2019, con el número CNSF-S0119-0451-2019/CONDUSEF-003992-01.

Para atención a Siniestros:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 44 y 01800 212 5577

De lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com;

Página de internet: www.palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México.

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com;

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc,
Ciudad de México.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a) Solicitar a los Agentes o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales;
- b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF;
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
- d) Evitar si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno, relativo al tipo de examen que se la ha aplicado.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b) Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas;
- c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.
- d) Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

El producto cuenta con exclusiones y limitantes mismas que se pueden consultar en las condiciones generales disponibles en la página www.palig.com/mexico y en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con el número de registro 0000-000-000000/00-00000-0000.

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 02 de octubre de 2019, con el número CNSF-S0119-0451-2019/CONDUSEF-003992-01.