

SEGUROS



Condiciones generales
Talento Seguro Vida Grupo

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como Seguros SURA, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a) Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b) Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.
- c) Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
2. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
3. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
4. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurosura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurosura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: septiembre 2016

Contenido

| | |
|---|----------|
| I. Definiciones | 1 |
| 1. Asegurado | 1 |
| 1.1. Asegurado Titular | 1 |
| 1.2. Asegurado Adicional | 1 |
| 2. Beneficiario | 1 |
| 3. Certificado Individual | 1 |
| 4. Compañía | 2 |
| 5. Consentimiento | 2 |
| 6. Contratante | 2 |
| 7. Empresa de Servicio | 2 |
| 8. Endoso | 2 |
| 9. Enfermedad Preexistente | 2 |
| 10. Grupo o Colectividad Asegurable | 2 |
| 11. Grupo o Colectividad Asegurada | 3 |
| 12. Inicio de Cobertura | 3 |
| 13. Integrante | 3 |
| 14. Periodo de Espera | 3 |
| 15. Póliza o Contrato de Seguro | 3 |
| 16. Prima | 3 |
| 17. Siniestro | 3 |
| 18. Suma Asegurada | 3 |
| 19. Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) | 3 |
| 20. Suma Asegurada Excedente | 4 |
| 21. Subgrupo | 4 |
| 22. Vigencia | 4 |
| <hr/> | |
| II. Objeto del seguro | 4 |
| <hr/> | |
| III. Cobertura básica | 5 |
| 1. Fallecimiento | 5 |
| 2. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente | 5 |

| | |
|--|----------|
| IV. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente | 9 |
| 1. Definición de Invalidez Total y Permanente | 6 |
| 2. Coberturas | 7 |
| 2.1 Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente | 7 |
| 2.2 Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente por Accidente | 7 |
| 2.3 Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad | 7 |
| 2.4 Cobertura de Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente | 8 |
| 3. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente | 8 |
| 4. Exclusiones de las Coberturas de Invalidez | 9 |
| 5. Enfermedades Preexistentes | 10 |
| 6. Edades de aceptación | 11 |
| 7. Cancelación Automática | 11 |
| 8. Prima | 12 |

| | |
|--|-----------|
| V. Cobertura Adicional de Incapacidad Temporal | 12 |
| 1. Definición de Incapacidad Temporal | 12 |
| 2. Cobertura | 12 |
| 3. Comprobación del Estado Incapacidad Temporal | 12 |
| 4. Exclusiones de la Cobertura de Incapacidad Temporal | 13 |
| 5. Enfermedades Preexistentes | 14 |
| 6. Edades de aceptación | 15 |
| 7. Cancelación Automática | 15 |
| 8. Prima | 15 |

| | |
|--|-----------|
| VI. Coberturas Adicionales por Accidentes | 15 |
| 1. Definición de Accidente | 16 |
| 2. Definición de Pérdida Orgánica | 16 |
| 3. Coberturas | 16 |
| 3.1. Cobertura de Muerte Accidental | 16 |
| 3.2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas | 17 |
| 3.3. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva | 18 |
| 3.4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo | 20 |
| 4. Comprobación del Accidente o Pérdidas Orgánicas | 20 |

| | |
|---------------------------|----|
| 5. Exclusiones | 21 |
| 6. Edades de aceptación | 22 |
| 7. Cancelación Automática | 22 |
| 8. Prima | 22 |

VII. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios **22**

| | |
|--|----|
| 1. Cobertura de Gastos Funerarios | 23 |
| 1.1. Gastos funerarios del Asegurado Titular | 23 |
| 1.2. Gastos funerarios del Cónyuge | 23 |
| 1.3. Gastos funerarios de Padres | 24 |
| 1.4. Gastos funerarios de Hijos | 24 |
| 1.5. Gastos funerarios de Hermanos | 24 |
| 1.6. Gastos funerarios de Suegros | 24 |
| 1.7. Gastos funerarios de Cónyuge e Hijos o Padres | 25 |
| 2. Comprobación del Fallecimiento | 25 |
| 3. Edades de aceptación | 25 |
| 4. Cancelación | 25 |
| 5. Prima | 25 |

VIII. Cobertura Adicional de Últimos Gastos por Enfermedades Graves **26**

| | |
|----------------|----|
| 1. Coberturas | 26 |
| 2. Exclusiones | 27 |
| 3. Prima | 27 |

IX. Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario **27**

| | |
|---|----|
| 1. Definición de Desempleo Involuntario | 28 |
| 2. Periodo de indemnización | 28 |
| 3. Periodo de Espera | 28 |
| 4. Exclusiones | 29 |
| 5. Requisitos para el pago de reclamación | 29 |
| 6. Prima | 30 |

X. Cláusulas Generales **30**

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Contrato | 30 |
| 2. Rectificaciones de la Póliza | 30 |
| 3. Modificaciones y notificaciones | 30 |

| | |
|---|----|
| 4. Comunicaciones | 31 |
| 5. Moneda | 31 |
| 6. Competencia | 31 |
| 7. Intermediación o revelación de comisiones | 31 |
| 8. Prelación | 31 |
| 9. Vigencia del contrato | 32 |
| 10. Periodo de gracia | 32 |
| 11. Rehabilitación | 32 |
| 12. Renovación | 33 |
| 13. Omisiones o declaraciones inexactas | 33 |
| 14. Disputabilidad | 33 |
| 15. Cambio de ocupación | 34 |
| 16. Carencia de restricciones | 34 |
| 17. Obligaciones del Contratante | 35 |
| 18. Cambio del Contratante | 35 |
| 19. Ingreso de Asegurados | 35 |
| 20. Registro de Asegurados | 36 |
| 21. Alta de Asegurados | 36 |
| 22. Baja de Asegurados | 37 |
| 23. Derecho de seguro individual por seguro de prestación laboral | 38 |
| 24. Edad | 39 |
| 25. Prima | 39 |
| 26. Pago de Prima | 39 |
| 27. Tipo de administración | 40 |
| 27.1. Administración Normal | 40 |
| 27.2. Autoadministradas | 41 |
| 27.2.1. Ajuste de Primas | 41 |
| 27.2.2. Consideraciones Adicionales | 41 |
| 27.2.3. Movimientos durante la vigencia del Contrato | 42 |
| 27.3 Administración a Declaración según forma de pago | 43 |
| 28. Beneficiarios | 44 |
| 29. Pago de Suma Asegurada | 44 |
| 30. Suicidio | 44 |
| 31. Interés Moratorio | 47 |
| 32. Prescripción | 47 |
| 33. Uso de medios electrónicos | 48 |
| 34. Terminación del contrato a través de medios electrónicos | 48 |

| | |
|--|----|
| 35. Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos | 49 |
|--|----|

| | |
|--|-----------|
| XI. Asistencia Médica y Funeraria | 49 |
| 1. Disposiciones Previas | 50 |
| 2. Asistencia Médica | 50 |
| 2.1. Traslado Médico Terrestre en Ambulancia | 50 |
| Exclusiones | 50 |
| 2.2. Médico a Domicilio | 50 |
| Exclusiones | 51 |
| 2.3. Orientación médica telefónica | 51 |
| 2.3.1. Referencias Médicas | 51 |
| 2.3.2. Descuentos Médicos | 51 |
| 3. Asistencia Funeraria | 51 |
| 3.1. Asistencia Legal Funeraria Telefónica | 52 |
| 3.2. Asistencia Legal Funeraria | 52 |
| 3.3. Asistencia Gastos Funerarios | 53 |
| 4. EXCLUSIONES | 55 |

| | |
|--|-----------|
| XII. Asistencia Dueños de Negocio | 55 |
| 1. Disposiciones Previas | 55 |
| 2. Oficina Virtual | 55 |
| 3. Servicios de Información al Empresario | 55 |
| 4. Traslado en Taxi Seguro | 56 |
| 5. Servicio de Asistencia Legal telefónica | 56 |
| 6. EXCLUSIONES | 56 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| XIII. Marco Legal | 57 |
|--------------------------|-----------|



Grupo Experiencia Global sin Dividendos

I. Definiciones

Para efectos de este contrato se entiende por:

1. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo o Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados por la Póliza que se encuentren indicados en la carátula de ésta y/o en el Certificado Individual.

1.1. Asegurado Titular

Es aquel Asegurado que de forma directa es integrante del Grupo o Colectividad Asegurada y cuya protección se otorga sin depender de la existencia de otro Asegurado.

1.2. Asegurado Adicional

Es aquel Asegurado cuya protección se otorga derivado de su relación de parentesco con el Asegurado Titular al que se vincula pudiendo ser cónyuge, hijos, padres, hermanos o suegros; por lo que requiere de la existencia del Asegurado Titular.

2. Beneficiario

Persona física o moral designada por el Asegurado como titular de los derechos respecto de los beneficios otorgados por las coberturas contratadas.

3. Certificado Individual

Documento emitido por la Compañía en el que constan los datos que identifican a cada Asegurado, las coberturas otorgadas, sumas aseguradas, Beneficiarios designados y la inclusión, de ser el caso, de Endosos.

4. Compañía

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

5. Consentimiento

Documento mediante el cual el Integrante del Grupo acepta su inclusión como Asegurado y designa a sus Beneficiarios y se establece su Suma Asegurada.

6. Contratante

Persona física o moral que celebra este Contrato de Seguro de Grupo y a cargo de la cual se establece la obligación del pago de Primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo o Colectividad Asegurada.

7. Empresa de Servicio

Grupo de prestadores de servicios que están autorizados por la Compañía para la atención del Asegurado.

8. Endoso

Documento que modifica la Póliza y forma parte de ésta.

9. Enfermedad Preexistente

Aquella que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c) Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde 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, o
- d) Que por sus síntomas y signos no pueda pasar desapercibidos. Entendiéndose por signos a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y por síntomas al fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

10. Grupo o Colectividad Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

11. Grupo o Colectividad Asegurada

Los Integrantes del Grupo o Colectividad que han cumplido con los requisitos establecidos para ser Asegurados y que dieron su Consentimiento expreso para ello. Estos Integrantes no deberán estar en proceso de incapacidad o invalidez a la fecha de su alta en la Póliza; en caso de que lo estén, el Contratante debe comunicarlo de manera expresa e incluirlo como parte de la Colectividad Asegurable, de lo contrario no formarán parte de la Colectividad Asegurada.

12. Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado o Beneficiario tiene derecho a los beneficios del Contrato de Seguro.

13. Integrante

Cualquier persona que forme parte del Grupo o Colectividad Asegurada.

14. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura, o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado, según se especifique para cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

15. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurados(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como el Consentimiento, el Certificado Individual, la carátula de la Póliza, sus Endosos y las condiciones generales.

16. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o los Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurada.

17. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista en el contrato que da origen al pago de la indemnización que corresponda a cargo de la Compañía.

18. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía convenido para cada una de las coberturas contratadas.

19. Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Límite Máximo de Suma Asegurada aplicable para cada asegurado sin que tenga que presentar una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro

de grupo. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la SAMI, la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad, como lo son el llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la evaluación del riesgo.

20. Suma Asegurada Excedente

Es el monto de Suma Asegurada que sobrepasa a la SAMI aplicable para cada asegurado, que se otorgará al presentar los requisitos de asegurabilidad, como lo son el llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la evaluación del riesgo.

21. Subgrupo

División del Grupo Asegurado para clasificar a sus Integrantes de acuerdo a las reglas de Suma Asegurada y/o coberturas.

22. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual las coberturas contratadas cubren al asegurado, las cuales se encuentran indicadas en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

El Contrato de Seguro entrará en vigor desde el momento en que el Contratante tuviere conocimiento por escrito que su oferta de seguro fue aceptada por la Compañía. Los Certificados Individuales de quienes desde el inicio del vigor del Contrato de Seguro formen parte del Grupo asegurado, entrarán en vigor desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, y para los de ingreso posterior de conformidad a lo estipulado en la cláusula denominada Alta de asegurados.

II. Objeto del Seguro

La Compañía se obliga al pago de la Suma Asegurada de los riesgos contratados, durante el plazo de la Vigencia, a los Beneficiarios designados, según las condiciones generales de la Póliza a cambio de pago de la Prima correspondiente por parte del Contratante.

III. Cobertura básica

La cobertura básica contratada se indicará en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente; la cual podrá ser alguna de las siguientes.

1. Fallecimiento

Si durante el plazo del seguro ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada de acuerdo con la regla establecida y conforme a las condiciones generales del seguro, siempre y cuando tanto la Póliza como el Certificado Individual se encuentren vigentes al ocurrir el fallecimiento.

En caso de que así se especifique en la carátula de la Póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Cónyuge del Asegurado, por lo que si ocurre el fallecimiento del Asegurado Titular o su Cónyuge dentro del plazo de seguro la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios del que fallezca primero. En el caso de que ocurra el fallecimiento de ambos en el mismo evento, se considerará que el Asegurado Titular falleció primero, por lo que sólo se cubrirá la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios de éste.

2. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

Si durante el plazo del seguro ocurre el fallecimiento o la invalidez total y permanente del Asegurado, lo que ocurra primero, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados o al propio Asegurado en caso de invalidez total y permanente, la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla establecida y conforme a las condiciones generales del seguro, siempre y cuando tanto la Póliza como el Certificado Individual se encuentren vigentes al ocurrir el fallecimiento o la invalidez total y permanente del Asegurado.

El pago de la Suma Asegurada de la cobertura de invalidez total y permanente excluye el de la cobertura por fallecimiento.

La contratación de esta cobertura básica no admite la contratación simultánea de la cobertura adicional pago por invalidez total y permanente.

IV. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente vigente al ocurrir el Siniestro.

1. Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de estas coberturas, se considera Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un Accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requerirá que ésta no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que éstos no sean accesibles para el Asegurado y que dicha invalidez haya sido continua por un periodo no menor a 6 meses contado a partir de la fecha en que inicio el padecimiento que dio origen a la invalidez.

También se considera Invalidez Total y Permanente la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo. En cualquiera de estos casos no opera el Periodo de Espera a que se refiere el párrafo anterior.

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

- a) Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- c) Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

El pago de la Suma Asegurada se realizará después de que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula de la Póliza, contado a partir de que se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

2. Coberturas

2.1. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente

La Compañía conviene el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado que se invalide total y permanentemente a causa de una enfermedad o accidente de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente señalada. La Suma Asegurada contratada se pagará en una exhibición a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente del Asegurado con base en la presentación de pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en el apartado de comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de que así se especifique en la carátula de la Póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Cónyuge del Asegurado; por lo que, si ocurre la invalidez total y permanente del Asegurado Titular o su Cónyuge, dentro del plazo de seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada al que se invalide. En el caso de que se invaliden ambos sólo se pagará al primero que se invalide.

2.2. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente por Accidente

La Compañía conviene el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado que se invalide total y permanentemente a causa de un Accidente, de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente señalada. La Suma Asegurada contratada se pagará en una exhibición a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente del Asegurado con base en la presentación de pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en el apartado de comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.

2.3. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

La Compañía conviene el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado que se invalide total y permanentemente a causa de una enfermedad, de acuerdo con la definición de Invalidez Total y Permanente señalada. La Suma Asegurada contratada se pagará en una exhibición a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente del Asegurado con base en la presentación de pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en el apartado de comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.

2.4. Cobertura de Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Se conviene que en caso de ocurrir la Invalidez Total y Permanente del Asegurado titular, la Compañía mantendrá en vigor la cobertura de fallecimiento sin más pago de Primas, con la Suma Asegurada correspondiente a la fecha en que se haya declarado el estado de Invalidez Total y Permanente al Asegurado a causa de una enfermedad o Accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente, al presentar pruebas irrefutables de dicha condición de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación. Esta cobertura se ofrece en alguna de las siguientes opciones, la opción contratada se indicará en la caratula de la póliza:

- a) **Exención temporal.** La cobertura de fallecimiento quedará vigente sin más pago de Primas, por el período que falte para concluir el plazo del seguro en curso, cancelándose las coberturas adicionales en forma automática una vez que se determine procedente esta cobertura.
- b) **Exención vitalicia.** La cobertura de fallecimiento quedará vigente sin más pago de Primas en forma vitalicia, cancelándose las coberturas adicionales en forma automática una vez que se determine procedente esta cobertura.

3. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para tener derecho a la indemnización por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado debe presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que debe consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de todas las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

A efecto de comprobar el estado de invalidez, el Asegurado debe, además de lo señalado anteriormente, presentar a la Compañía el diagnóstico definitivo de la Invalidez Total y Permanente avalado por el dictamen de la Institución de Seguridad Social a la cual pertenezca el Asegurado. En caso de no estar inscrito a una Institución de Seguridad Social, el Asegurado deberá presentar el dictamen de un médico con cédula profesional con Especialidad de Medicina del Trabajo y/o especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis, y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez; estos gastos deberán ser cubiertos por el Asegurado. Los exámenes, análisis, y documentos son evaluados por un médico especialista designado por la Compañía, a fin de determinar la procedencia del pago de la indemnización.

La Compañía tiene derecho de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente. El Asegurado tiene la obligación de realizar las pruebas o exámenes que le indique la Compañía; en caso de oponerse se considerará por desistida la reclamación.

4. Exclusiones de las Coberturas de Invalidez

Queda excluida de estas coberturas la Invalidez Total y Permanente cuando se deba a:

- a. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- c. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- e. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una Compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- g. Accidentes que ocurran durante la participación activa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**

i. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.

j. Radiaciones ionizantes.

k. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.

l. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un Accidente.

m. Enfermedades Preexistentes.

5. Enfermedades Preexistentes.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Invalidez Total y Permanente argumentando que el padecimiento o enfermedad son preexistentes cuando:

- a) Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya manifestado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- d) El Contratante y/o Asegurado no manifieste aquellos padecimientos que fueron de su conocimiento para su correcta apreciación del riesgo al momento de la contratación de la póliza.

Para el caso de que la Compañía determine como improcedente una reclamación por considerar que la Invalidez Total y Permanente se debió a una Enfermedad Preexistente, a elección del Asegurado se podrá resolver la controversia mediante un arbitraje médico independiente.

El procedimiento arbitral se llevará a cabo por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y la Compañía, quienes firmarán un convenio en el que se establecerá el procedimiento arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

6. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las indicadas en la carátula de la Póliza.

7. Cancelación Automática

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- a) En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para esta cobertura para el grupo o colectividad.
- b) Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- c) Al término del plazo de seguro.
- d) Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
- e) Al finalizar el aniversario de la Póliza en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas de Accidente que estuvieren contratadas, y dicho Accidente no hubiese afectado esta cobertura.

8. Prima

La Compañía otorga estas coberturas con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

V. Cobertura Adicional de Incapacidad Temporal

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual vigente al ocurrir el Siniestro.

1. Definición de Incapacidad Temporal

Para los efectos de esta cobertura, se considera Incapacidad Temporal a la incapacidad de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a desempeñar su trabajo habitual por un determinado tiempo.

El Periodo de Espera de esta cobertura se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

2. Cobertura

La Compañía conviene pagar al Asegurado Titular la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza, en caso de que el asegurado adquiriera un estado de incapacidad temporal a causa de enfermedad o accidente, con un periodo de espera de 30 días a partir de que sea determinada la incapacidad. Esta cobertura se otorgará como máximo 1(una) vez por cada aniversario de la póliza.

3. Comprobación del Estado Incapacidad Temporal

Para tener derecho a la indemnización por Incapacidad Temporal, el Asegurado debe presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que debe consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de todas las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener para comprobar el estado de Incapacidad Temporal.

A efecto de comprobar el estado de incapacidad, el Asegurado debe, además de lo señalado anteriormente, presentar a la Compañía el diagnóstico avalado por la Institución de Seguridad Social a la cual pertenezca el Asegurado. En caso de no estar inscrito a una Institución de Seguridad Social, el Asegurado deberá presentar el dictamen de un médico con cédula profesional con Especialidad de Medicina del Trabajo y/o especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis, y documentos que sirvieron de base para determinar la incapacidad; estos gastos deberán ser cubiertos por el Asegurado. Los exámenes, análisis, y documentos son evaluados por un médico especialista designado por la Compañía, a fin de determinar la procedencia del pago de la indemnización.

La Compañía tiene derecho de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Incapacidad Temporal. El Asegurado tiene la obligación de realizar las pruebas o exámenes que le indique la Compañía; en caso de oponerse se considerará por desistida la reclamación.

4. Exclusiones de la Cobertura de Incapacidad Temporal **Queda excluida de esta cobertura la Incapacidad Temporal cuando se deba a:**

- a. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- c. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- e. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una Compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- g. Accidentes que ocurran durante la participación activa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

- h. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j. Radiaciones ionizantes.**
- k. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.**
- l. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un Accidente.**
- m. Embarazo.**
- n. Enfermedades Preexistentes.**

5. Enfermedades Preexistentes.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Incapacidad Temporal argumentando que el padecimiento o enfermedad son preexistentes cuando:

- a. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya manifestado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- d. El Contratante y/o Asegurado no manifieste aquellos padecimientos que fueron de su conocimiento para su correcta apreciación del riesgo al momento de la contratación de la póliza.

Para el caso de que la Compañía determine como improcedente una reclamación por considerar que la incapacidad Temporal se debió a una Enfermedad Preexistente, a elección del Asegurado se podrá resolver la controversia mediante un arbitraje médico independiente.

El procedimiento arbitral se llevará a cabo por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y la Compañía, quienes firmarán un convenio en el que se establecerá el procedimiento arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

6. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las indicadas en la carátula de la Póliza.

7. Cancelación Automática

Estas coberturas se cancelarán sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- a. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para esta cobertura para el grupo o colectividad. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- b. Al término del plazo de seguro.
- c. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

8. Prima

La Compañía otorga estas coberturas con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

VI. Coberturas Adicionales por Accidentes

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente vigente al ocurrir el Siniestro.

1. Definición de Accidente

Para los efectos de las presentes condiciones se considera Accidente al acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado mientras se encuentre vigente la Póliza. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Definición de Pérdida Orgánica

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

- a. Por pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b. Por pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- c. Por pérdida de un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d. Por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
Por pérdida de ambos oídos, la sordera o pérdida completa y definitiva de la audición.

3. Coberturas

3.1. Cobertura de Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada al Beneficiario designado, si el Asegurado muere como consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de esta cobertura, siempre que su muerte ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente.

3.2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará la Suma Asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente.

Para el caso de esta cobertura, el Beneficiario es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura.

La Suma Asegurada que se paga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la Suma Asegurada de esta cobertura el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización según la tabla contratada y especificada en la Póliza y/o los Certificados Individuales.

Pérdidas Orgánicas

Tabla A
Porcentaje

Tabla B
Porcentaje

| | | |
|---|-------|-------|
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100 % | 100 % |
| Una mano y un pie | 100 % | 100 % |
| Una mano o un pie y la vista de un ojo | 100 % | 100 % |
| Una mano o un pie | 50 % | 50 % |
| La vista de un ojo | 30 % | 30 % |
| Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano | - | 30 % |
| Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos | - | 30 % |
| Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano | - | 25 % |
| El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano | - | 25 % |
| Sordera completa e irreversible de ambos oídos | - | 25 % |
| El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano | - | 20 % |
| El pulgar de cualquier mano | 15 % | 15 % |
| Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm | - | 15 % |
| El índice de cualquier mano | 10 % | 10 % |
| Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique | - | 5 % |

La Pérdida Orgánica reclamada se indemnizará por única vez en el porcentaje respectivo, por lo que no aplica su consideración en más de uno de los conceptos de la tabla.

Si durante la Vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las Pérdidas Orgánicas amparadas en uno o más Accidentes, se pagarán las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excederá el importe de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.3. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva

La Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si a consecuencia de un Accidente colectivo ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza el Asegurado fallece dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho Accidente colectivo, entendiéndose como tal:

- a. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea 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.
- b. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c. Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Para que la Compañía resuelva lo conducente a la posible aplicación de esta cobertura, se requiere que previamente se acredite la ocurrencia del respectivo Accidente.

3.4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura o un porcentaje de ella al Asegurado, si a consecuencia de un Accidente colectivo ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza el Asegurado sufre una Pérdida Orgánica, ocurrida dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho Accidente colectivo, entendiéndose como tal:

- a. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea 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.
- b. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c. Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Para el caso de esta cobertura, el Beneficiario directo es el propio Asegurado, quien es el único facultado para recibir la indemnización correspondiente a esta cobertura.

La Suma Asegurada que se pagará por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar a la Suma Asegurada de esta cobertura el porcentaje correspondiente que se indica en la escala de indemnización de la tabla de indemnización contratada. La tabla indemnizatoria que aplique en cada caso está claramente especificada en la Póliza y/o los Certificados Individuales.

| Pérdidas Orgánicas | Tabla A Porcentaje | Tabla B Porcentaje |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100 % | 100 % |
| Una mano y un pie | 100 % | 100 % |
| Una mano o un pie y la vista de un ojo | 100 % | 100 % |
| Una mano o un pie | 50 % | 50 % |
| La vista de un ojo | 30 % | 30 % |
| Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano | - | 30 % |
| Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos | - | 30 % |
| Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano | - | 25 % |
| El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano | - | 25 % |
| Sordera completa e irreversible de ambos oídos | - | 25 % |
| El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano | - | 20 % |
| El pulgar de cualquier mano | 15 % | 15 % |
| Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm | - | 15 % |
| El índice de cualquier mano | 10 % | 10 % |
| Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique | - | 5 % |

La pérdida orgánica reclamada se indemnizará por única vez en el porcentaje respectivo, por lo que no aplica su consideración en más de uno de los conceptos de la tabla.

Si durante la Vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las Pérdidas Orgánicas Colectivas amparadas en uno o más Accidentes colectivos, se pagarán las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excederá el importe de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

4. Comprobación del Accidente o Pérdidas Orgánicas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones que causaron el fallecimiento o la Pérdida Orgánica sufrida por el Asegurado hayan ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y del Certificado Individual en el que se incluye esta cobertura y se acredite la ocurrencia del respectivo Accidente.

5. Exclusiones

Quedarán excluidos de las coberturas de Accidentes, la muerte accidental, la Pérdida Orgánica o el Accidente colectivo, cuando se deba a:

- a. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b. Infecciones salvo las que provengan de lesiones accidentales.
- c. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de Accidente cubierto.
- d. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular o insurrecciones.
- e. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- f. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- g. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de Compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.

- h. Accidentes que ocurran durante la participación activa del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe activamente el Asegurado.
- i. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de ésta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- j. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- k. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un Accidente.
- l. Radiaciones ionizantes.
- m. Lesiones o muerte sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.
- n. Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un Accidente.
- o. Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 (noventa) días naturales después de ocurrido el Accidente.
- p. Homicidio imprudencial o culposo, a consecuencia directa de la participación activa del Asegurado en actos delictivos.

6. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son indicadas en la carátula de la Póliza.

7. Cancelación Automática

Estas coberturas se cancelarán automáticamente para cada Asegurado sin necesidad de declaración expresa de la Compañía al suscitarse cualquiera de los siguientes casos:

- a. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión para esta cobertura en esta Póliza. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- b. Al término del plazo de seguro.
- c. En el momento en que por una o más reclamaciones de Pérdidas Orgánicas, se pague el 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
- d. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago de la Suma Asegurada al Asegurado por alguna de las coberturas de Accidente o Pérdidas Orgánicas que estuvieren contratadas.

8. Prima

La Compañía concede estas coberturas con la obligación de pago de una Prima adicional. Para cada cobertura de Accidente, corresponde una cuota diferente.

VII. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente vigente al ocurrir el Siniestro.

1. Cobertura de Gastos Funerarios

Mediante esta cobertura la Compañía ampara el riesgo de fallecimiento del Asegurado Titular y/o los Asegurados adicionales durante el plazo de la cobertura, el cual es el mismo de la cobertura básica.

Tratándose de la protección de Asegurados adicionales, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura únicamente si el Asegurado Titular se encuentra con vida al momento de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Adicional, en caso contrario. Si el fallecimiento del Asegurado Adicional ocurre simultáneamente con la del Asegurado Titular, se considerará que este último falleció después del Asegurado Adicional.

La cobertura adicional de gastos funerarios para Padres, Suegros o Hermanos se podrá contratar bajo una de las siguientes modalidades:

- a. Siendo dependientes económicos.
- b. Sin dependencia económica, bajo esta modalidad los prospectos de seguro bajo la figura de asegurados adicionales deberán completar los requerimientos aplicables y efectuar su designación de beneficiarios.

La opción de cobertura contratada para Padres, Suegros o Hermanos se especificará en la Póliza y Certificado Individual correspondiente.

Para efectos de la presente cobertura y cuando los Asegurados adicionales sean el Cónyuge, los Hijos o Asegurados adicionales con dependencia económica; el Asegurado Titular es el único Beneficiario de la Suma Asegurada de esta cobertura. Al no recabarse la firma de los Asegurados adicionales dependientes económicos, opera un beneficio recíproco (entre Asegurado Titular y Asegurados adicionales).

1.1. Gastos funerarios del Asegurado Titular

Si el Asegurado muere durante la Vigencia del seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, a los Beneficiarios designados de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

Si el Asegurado no muere durante el plazo de esta cobertura, la misma concluye sin obligación alguna por parte de la Compañía con respecto a ella.

1.2. Gastos funerarios del Cónyuge

Para efectos de esta cobertura, se entiende como cónyuge, al esposo o esposa, concubinario o concubina que lo sea, en los términos del artículo 1635 del Código Civil Federal. El cónyuge al ser incluido en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se le otorga el carácter de Asegurado Adicional.

Si el Asegurado Adicional identificado como cónyuge, muere durante la Vigencia de la cobertura, la Compañía paga al Asegurado Titular la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

1.3. Gastos funerarios de Padres

Para efectos de esta cobertura, se entiende como padres, a los ascendientes del Asegurado Titular y que este parentesco conste en el acta de nacimiento del Asegurado Titular. Los padres al ser incluidos en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se les da el carácter de Asegurados adicionales.

Si un Asegurado Adicional identificado como padre, muere durante la Vigencia de la cobertura, la Compañía paga la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, al Asegurado Titular o Beneficiario designado de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

1.4. Gastos funerarios de Hijos

Para efectos de esta cobertura, se entiende como hijos, a la descendencia procreada por el Asegurado Titular ya sea de manera natural o por vía de la adopción legal, de manera que dicha paternidad conste en el acta de nacimiento de los hijos. Los hijos al ser incluidos en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se les otorga el carácter de Asegurados adicionales.

Si un Asegurado Adicional identificado como hijo, muere durante la Vigencia de la cobertura, la Compañía paga al Asegurado Titular la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

1.5. Gastos funerarios de Hermanos

Para efectos de esta cobertura se entiende como hermanos a las personas cuyos ascendientes son los mismos del Asegurado Titular y que este parentesco conste en las actas de nacimiento. Los hermanos del Asegurado Titular al ser incluidos en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se les da el carácter de Asegurados adicionales.

Si un Asegurado Adicional identificado como hermano fallece durante la Vigencia de la cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, al Asegurado Titular o Beneficiario designado de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

1.6. Gastos funerarios de Suegros

Para efectos de esta cobertura se entiende como suegros a los ascendientes del cónyuge del Asegurado Titular y que este parentesco conste en el acta de nacimiento del cónyuge del Asegurado Titular. Los suegros del Asegurado Titular al ser incluidos en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se les da el carácter de Asegurados adicionales.

Si un Asegurado Adicional identificado como suegro fallece durante la Vigencia de la cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, al Asegurado Titular o Beneficiario designado de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

1.7. Gastos funerarios de Cónyuge e Hijos o Padres

A través de esta cobertura se otorgará protección por gastos funerarios al Cónyuge e Hijos o alternativamente a los Padres del Asegurado Titular cuando dicho Asegurado no tenga Cónyuge e Hijos.

Se entiende por Cónyuge, Hijos y Padres a las personas que guardan parentesco con el Asegurado Titular de conformidad con las definiciones previas.

La cobertura para Padres se otorgará bajo la modalidad de dependencia económica.

2. Comprobación del Fallecimiento

Para que la Compañía proceda al pago de esta cobertura por el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados el Beneficiario debe presentar a satisfacción de la Compañía, pruebas del fallecimiento del Asegurado de que se trate.

La dependencia económica deberá demostrarse al momento del siniestro a través de un documento oficial (constancia de IMSS, ISSSTE o institución de seguridad social o dictamen de dependencia económica otorgado por el Juzgado de lo Familiar) o bien, alguna otra forma con validez equivalente a través de la cual se pueda acreditar la dependencia económica al momento del siniestro.

Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva el derecho de exigir la debida comprobación de la edad del Asegurado Titular y los Asegurados adicionales, si previamente no se ha hecho la anotación correspondiente en la Póliza.

3. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las indicadas en la carátula de la Póliza.

4. Cancelación

Esta cobertura se cancela para cada Asegurado en la fecha de renovación en la que su edad se encuentre fuera de las edades de aceptación establecidas para esta cobertura para el Grupo o Colectividad de que se trate, sin necesidad de comunicación por parte de la Compañía. La cancelación de esta cobertura para el Asegurado Titular conlleva a la cancelación automática de la cobertura para los Asegurados adicionales.

5. Prima

La Compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

VIII. Cobertura Adicional de Últimos Gastos por Enfermedades Graves

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual vigente al ocurrir el Siniestro.

1. Coberturas

Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado cubierto continuamente durante al menos un año, la Compañía proporciona el anticipo de una parte de la Suma Asegurada contratada correspondiente a la cobertura básica.

El monto del anticipo no será mayor del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada contratada o la que resulte de acuerdo con la regla para determinarla de la cobertura por muerte, y se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratada esta cobertura. El porcentaje de anticipo de la Suma Asegurada contratada para la cobertura básica estará definido en la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, mismo que es establecido en función de las características de cada Grupo o Colectividad en particular. En todos los casos se debe fundamentar la reclamación a plena satisfacción de la Compañía.

De igual manera, este anticipo se paga una vez que el Asegurado acredite que padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida no supera los 12 (doce) meses. Entre las pruebas a presentar se incluye un dictamen médico del IMSS, ISSSTE o médico tratante y están sujetas a comprobación y validación por parte de la Compañía.

El monto de Suma Asegurada que resulta de la aplicación del porcentaje no puede ser mayor al importe de 60 (sesenta) UMAS en la fecha de emisión o renovación del seguro.

2. Exclusiones

Esta cobertura excluye enfermedades originadas como consecuencia de:

- a. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b. Adicción a bebidas alcohólicas, drogas estupefacientes y psicotrópicos**
- c. Infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad.**
- d. Enfermedades preexistentes o con alguna de las siguientes características:**

- i. Se haya declarado su existencia, o
- ii. El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- iii. Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde 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.

3. Prima

Esta cobertura se otorga sin costo adicional alguno siempre y cuando aparezca en la carátula de la póliza en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la Suma Asegurada de la cobertura básica como apoyo a los Asegurados de la Compañía y sus Beneficiarios, además de que el costo es solventado por la cobertura de fallecimiento y dicho anticipo se restará de la Suma Asegurada de la cobertura básica pagadera al fallecimiento del Asegurado.

IX. Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y aparece indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual vigente al ocurrir el Siniestro.

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza si el Asegurado es desempleado de forma involuntaria y deja de percibir el ingreso económico de la empresa en la que labora al momento del desempleo, siempre que se haya contratado esta cobertura.

Son elegibles para esta cobertura sólo las personas que antes de la fecha de inicio de Vigencia de esta cobertura se encuentren empleados de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo), y trabajen para una empresa que se encuentre inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes.

1. Definición de Desempleo Involuntario

Para todos los efectos de esta cobertura, se entiende por Desempleo Involuntario el estado involuntario de inactividad económica, sin recibir dinero alguno como contraprestación por un trabajo personal originado por la desvinculación laboral debido a causas no imputables al Asegurado.

2. Periodo de indemnización

Si el Asegurado queda desempleado de forma involuntaria durante la Vigencia de esta cobertura, y permanece desempleado por un periodo que exceda el Periodo de Espera especificado en la carátula de la Póliza, la Compañía pagará el beneficio correspondiente por cada mes que el Asegurado permanezca desempleado sin exceder el número de pagos máximo especificado en la carátula de la Póliza.

En el caso de que el número de días de indemnización sea menor al plazo de 30 (treinta) días, la indemnización a pagar se calculará en forma proporcional a razón de 1/30 por día.

3. Periodo de Espera

Para los efectos de la presente cobertura, se define como Periodo de Espera al periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, en el cual el Asegurado no estará amparado. El pago del beneficio se iniciará en el caso de persistir el desempleo al concluir el Periodo de Espera indicado en la carátula de la Póliza, en tanto se continúe con el desempleo hasta agotar el número de pagos estipulado en la misma carátula de la Póliza.

4. Exclusiones

Esta cobertura no ampara el Desempleo Involuntario que resulte como consecuencia de:

- a. Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.
- b. Pérdida voluntaria del trabajo, renuncia, retiro voluntario o terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo.
- c. Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del Asegurado.
- d. Por la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo, como sigue: intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, conducta delictiva por parte del Asegurado.

- e. Ser trabajadores comerciantes, profesionales que laboren de forma independiente y se encuentren percibiendo un ingreso.
- f. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín o catástrofe nuclear.
- g. Desempleo cuando el Asegurado hubiera tenido conocimiento de que éste se produciría dentro los noventa días posteriores al inicio de Vigencia de la Póliza.
- h. Fallecimiento del Asegurado.
- i. Esta cobertura queda sin efecto, si con posterioridad al desempleo del Asegurado, se descubre que su edad en la fecha de inicio de Vigencia se encontraba fuera de las edades de admisión; en este caso la obligación de la Compañía se delimita a reembolsar el importe de la Prima pagada del certificado en vigor quedando cancelado el seguro.

5. Requisitos para el pago de reclamación

En el momento que se tenga conocimiento del desempleo y una vez recabada la documentación correspondiente.

Se deben presentar los siguientes documentos:

- a. Solicitud de pago de indemnización de la cobertura de Desempleo Involuntario.
- b. Original y copia de los últimos tres recibos de nómina.
- c. Los siguientes documentos en original y/o copia según se indique:
 - Original y copia del contrato de trabajo.
 - Original del finiquito o carta con membrete del empleador donde se indique motivo y fecha de la terminación laboral.
 - Copia de la baja del IMSS o ISSSTE.
- d. En caso de no contar con alguno de los documentos indicados en el inciso c), cualquier otro documento que le permita acreditar la baja como trabajador en la empresa donde laboraba.
- e. Copia de identificación oficial.
- f. Dependiendo de la forma de pago, se solicitará información adicional.

6. Prima

La Compañía concede esta cobertura con la obligación de pago de la Prima adicional que corresponda.

X. Cláusulas Generales

1. Contrato

El Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía, deberá estar conformado por la Póliza, la solicitud, el registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos, los Certificados Individuales, las cláusulas y los Endosos, así como el presente documento.

2. Rectificaciones de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3. Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

4. Comunicaciones

Toda comunicación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la Vigencia de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

5. Moneda

Todos los pagos realizados por el Contratante y la Compañía serán liquidados en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de efectuarse el pago, aún y cuando la carátula mencione un tipo de moneda diferente a la antes mencionada.

6. Competencia

En caso de controversia, el reclamante puede hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia 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 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (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 usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

7. Intermediación o revelación de comisiones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante puede 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

8. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la Póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

9. Vigencia del contrato

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro indicado en la carátula de la Póliza, a partir de las 12:00 hrs.

El periodo de cobertura para cada asegurado se encuentra especificado en el Certificado Individual.

10. Periodo de gracia

La Prima vence al inicio de cada periodo de seguro pactado, a partir de este vencimiento, el Contratante goza de un periodo de treinta días naturales para liquidar el total del importe del primer recibo de pago; transcurrido este plazo, si no ha sido efectuado, los efectos del seguro cesan automáticamente. En caso de las fracciones subsecuentes de pago en parcialidades, el periodo de gracia de la Prima será de 15 (quince) días naturales, a partir de la fecha de inicio de vigencia del recibo. En caso de ocurrir algún Siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización, la Prima total de la póliza adeudada para el periodo en curso, correspondiente al Asegurado de que se trate.

11. Rehabilitación

Si el Contrato de Seguro amparado por esta Póliza hubiera dejado de estar en vigor, la Compañía puede rehabilitarlo si se satisface lo siguiente:

- a. Que el Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la Compañía.
- b. Que los Integrantes del Grupo o Colectividad presenten las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía.

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las dos modalidades:

- a. Conservando la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las Primas vencidas que se encuentren pendientes de pago hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la Póliza haya estado en vigor por un plazo mayor a 3 (tres) meses.
- b. Cambiando la fecha de inicio de la Vigencia del Contrato de Seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la Prima correspondiente a las edades alcanzadas por los Integrantes del Grupo o Colectividad en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha en que el Contrato de Seguro amparado por esta Póliza dejó de estar en vigor.

12. Renovación

De acuerdo con lo establecido en el artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, la Compañía puede renovar este Contrato de Seguro, bajo las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se cumplan los términos y condiciones determinados por la Compañía en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplican las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Nota Técnica respectiva.

13. Omisiones o declaraciones inexactas

Conforme a lo establecido por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo a los formularios que se le requieran, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

Esta obligación también es aplicable a los Asegurados que se incorporen al Grupo Asegurado con posterioridad al inicio de Vigencia de la Póliza y no hayan firmado su Consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, o bien, a aquellos cuya Suma Asegurada sea mayor a la máxima individual sin requisitos (SAMI).

14. Disputabilidad

La Compañía no podrá impugnar la validez del contrato de seguro y su consiguiente indemnización por omisiones o inexactas declaraciones a partir del tercer año de vigencia.

Este Contrato dentro de sus dos primeros años de Vigencia, siempre se podrá impugnar por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo o Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior es también de dos años, que se cuenta a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato.

15. Cambio de ocupación

El Contratante está obligado a notificar por escrito a la Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes de cualquier cambio en la ocupación de los Asegurados. Con esta notificación la Compañía realizará los ajustes de Prima correspondientes con base a la disminución o agravación del riesgo. En caso de que el Integrante del grupo fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo por su ocupación que no haya sido notificado conforme a lo establecido por esta cláusula, la Compañía podrá rescindir de pleno derecho el Certificado Individual del Integrante.

16. Carencia de restricciones

Este contrato no se afecta por razones de residencia, viajes y género de vida de los Asegurados.

17. Obligaciones del Contratante

El Contratante del seguro asume las siguientes responsabilidades:

- a. Contar y custodiar el Consentimiento por escrito firmado de cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad, previo a su incorporación a dicho Grupo o Colectividad, antes de la celebración del contrato.
- b. El Consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:
 - i. Nombre completo.
 - ii. Edad o fecha de nacimiento.
 - iii. Sumas Aseguradas o reglas para determinarlas.
 - iv. Designación de Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.
- c. Integrar y conservar el expediente de identificación del Asegurado en los términos establecidos por las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con los datos y documentos que la Aseguradora le dé a conocer y mantenerlos a disposición de la misma para su consulta, obligándose a proporcionarlos oportunamente a la Compañía cuando ésta se los requiera sea para sí o para dar cumplimiento a cualquier requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- d. Conservar los expedientes de los Asegurados que sean trabajadores o personal, cuando dejen de prestar sus servicios para el Contratante, así como en el caso de que concluya la relación entre éste y la Compañía.
- e. Entregar los Certificados Individuales de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado junto con las principales cláusulas y coberturas del contrato, o en su defecto, poner en conocimiento de los Asegurados la información prevista en el inciso b) anterior.
- f. Comunicar a la Compañía del ingreso de Integrantes nuevos, recabando los Consentimientos respectivos, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de ingreso.
- g. Comunicar a la Compañía de la separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurada, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de separación.
- h. Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. En caso nuevas sumas aseguradas, éstas entran en vigor desde la fecha de cambio y el pago o devolución de Primas se realiza de acuerdo con la forma de pago de la Prima.

18. Cambio de Contratante

En los términos del artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Compañía puede rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminan 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsa a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

19. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato, quedan Asegurados todos los Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurada, cuya edad se encuentre dentro de las edades de admisión establecidas para esta Póliza, las cuales se indican en la carátula de la misma. Con posterioridad a la celebración de este contrato, no pueden ingresar las personas cuya edad se encuentre fuera de la edad de admisión establecida para esta Póliza.

20. Registro de Asegurados

Con base en la información proporcionada por el Contratante, la Compañía elaborará el registro de los miembros del Grupo o Colectividad Asegurada, de acuerdo a la forma de administración de la póliza, cuando el incremento o decremento de la población varíe en un 10% (diez por ciento), cuando exista una agravación al riesgo inicialmente suscrito, el registro de asegurados será a solicitud expresa del Contratante.

21. Alta de Asegurados

Tal y como lo dispone el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su Consentimiento después de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, puede exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, cuenta con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

22. Baja de Asegurados

De acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad Asegurada, dejan de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual que se haya expedido. En este caso, la Compañía restituye la parte de la Prima neta no devengada de esos Integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán Asegurados hasta el siguiente aniversario del Seguro en curso.

23. Derecho a seguro individual por seguro de prestación laboral

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo que se indica a continuación, apegándose a lo previsto en el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

- a. La Compañía tiene la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.
- b. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad debe presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de la fecha de su separación.
- c. La Suma Asegurada es la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la Máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de su separación.
- d. La Prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante debe 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.
- e. La Compañía manifiesta que, para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual con las características requeridas para otorgar continuidad a la protección del Asegurado.



24. Edad

Las edades declaradas por los Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurada deben comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hace la anotación en el certificado respectivo y no puede exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no puede rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración se encontrare fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, se devolverá la Prima neta no devengada existente en la fecha de la rescisión, a quienes hayan realizado el pago de la Prima en la proporción que les corresponda.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un Integrante del Grupo o Colectividad, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real y dicha edad se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta Póliza, el seguro continúa en vigor con la misma Suma Asegurada, pero quienes aportan al pago de la Prima están obligados a pagar a la Compañía, en la proporción que corresponda, la diferencia que resulte entre las Primas correspondientes a la edad declarada y a la real por el periodo que falte hasta el vencimiento del Contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Compañía reembolsa a quienes la aportan al pago de la Prima en la proporción que corresponda, la diferencia entre las Primas correspondientes a las dos edades, reduciéndose las Primas conforme a la edad real por el periodo que falte hasta el vencimiento.

Si después de ocurrido un Siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta Póliza, la Compañía paga la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las Primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la Póliza.



25. Prima

La Prima total del Grupo o Colectividad, así como las Primas que corresponden a cada Integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La Prima total del seguro es igual a la suma de las Primas que correspondan a cada Integrante del Grupo o Colectividad Asegurada, de acuerdo con su edad, ocupación, Suma Asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la Compañía puede calcular para cada cobertura, la Prima promedio por millar de Suma Asegurada que se aplica en la renovación. La Prima promedio es la que resulta de dividir la Prima total entre la Suma Asegurada total al millar.

A cada Integrante del Grupo o Colectividad que ingrese en la fecha posterior al aniversario del contrato, se le aplica la Prima promedio por días exactos.

26. Pago de Prima

Salvo convenio en contrario, si la Vigencia de este contrato es por un año, la forma de pago de la Prima es anual. Para temporalidad menor a un año, la forma de pago es única para el periodo que corresponda.

A petición escrita del Contratante, presentando en el transcurso de los 30 (treinta) días anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a una de periodicidad menor. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vence al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado, que sea pactada.

Los pagos de Prima podrán efectuarse de las siguientes maneras: mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, pago referenciado en bancos, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del Contratante o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

27. Tipo de administración

El Contratante puede optar por tres formas de Administración de la Póliza:

27.1. Administración Normal

Este sistema establece que, durante la vigencia del contrato, el Contratante se obliga a reportar a la Compañía los movimientos de ingresos de Asegurados, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada, que señalan las siguientes cláusulas particulares, dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de la fecha que les dio origen:

- a. Pago de Suma Asegurada
- b. Ingreso de Asegurados
- c. Baja de Asegurados
- d. Alta de Asegurados
- e. Suma Asegurada

La Compañía dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos cumplan con las características definidas en la cláusula de Grupo o Colectividad Asegurada, reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, sujetos a los criterios de edad de aceptación, SAMI y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado.

La prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a los movimientos por ingresos, bajas y/o modificaciones individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado, será determinada por la Compañía calculada en días exactos, dicha prima se reflejará en un recibo independiente al(los) recibo(s) propios a la forma de pago de esta.

Es obligación del Contratante recabar los consentimientos individuales de todos los miembros del Grupo Asegurado.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro.

27.2. Autoadministradas

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado con relación laboral, siempre y cuando sea pactado en función del número de integrantes que conforma el grupo.

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, bajo convenio previo con la Compañía. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados individuales) y a informar a los Integrantes su contenido.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro, lo anterior de conformidad con lo establecido por del artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

27.2.1. Ajuste de primas

Los ajustes en Primas por motivos de incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación (como máximo) o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo a la regla de Suma Asegurada establecida para los Integrantes, así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del contrato, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

27.2.2. Consideraciones adicionales

Los asegurados que cuenten con una Suma Asegurada Excedente a la SAMI y que esta se encuentre amparada por la Compañía, se les calculará el ajuste anual con la última Suma Asegurada amparada. En caso de tener un incremento salarial y no estar autorizado dicho incremento de Suma Asegurada, el cálculo se realizará tomando en cuenta la última Suma Asegurada amparada en certificado individual o endoso aclaratorio como la declaración del contratante a la aseguradora como suma asegurada final.

27.2.3. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

Quedarán cubiertos todos los Integrantes desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso al Grupo Asegurado y la obligación de la Compañía cesará al momento de la separación definitivamente del asegurado con el Contratante.

El Contratante no entregará a la Compañía reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose la Compañía a proteger a los nuevos Integrantes desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar los movimientos de la póliza bajo los siguientes supuestos:

- a. En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, la cual podrá pedir requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.
- b. Para los casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación como máximo, el Contratante deberá reportar a la Compañía el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

En caso de no presentar lo solicitado en los incisos anteriores, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de este contrato. El monto de la indemnización en caso de Siniestro será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

Si la Suma Asegurada se establece con base en el sueldo del Integrante, se considerará el que esté vigente al momento de ocurrir el fallecimiento y deberá comprobarse al momento de la reclamación presentando el recibo de nómina que corresponda.

27.3. Administración a Declaración según forma de Pago

En este caso el contratante se compromete a enviar por lo menos una vez cada periodo, las altas y las bajas de los Asegurados y las Primas se calcularán de acuerdo al reporte que se haga en el periodo. En caso de que el contratante no envíe el listado actualizado dentro del periodo correspondiente se considera que no hubo movimientos de altas o bajas.

28. Beneficiarios

Todo Integrante del Grupo o Colectividad designará libremente a sus Beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier Integrante del Grupo o Colectividad puede cambiar el Beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Contratante no podrá ser designado como Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes:

- a. Garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo puede ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.
- b. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, queda liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se paga a su sucesión. La misma regla se observa cuando el Beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Advertencia. En el caso de que 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.

29. Pago de Suma Asegurada

Los últimos Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la cláusula de Beneficiarios.

La Compañía debe pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que reciba toda la documentación y la información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, la Compañía, por su propio derecho o a solicitud del Contratante hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En ambos casos debe ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

30. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro y del respectivo Certificado Individual del seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento.

31. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de recepción de dichos documentos e información, con base en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado un interés moratorio, determinado de acuerdo con lo que establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- i. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- ii. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- iii. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- iv. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- v. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- vi. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- vii. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- viii. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

ix. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

32. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

33. Uso de medios electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por la Compañía para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet de la Compañía.

La Compañía solicitará al Contratante y/o Asegurado, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

34. Terminación del contrato a través de medios electrónicos

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la Póliza.

No obstante, lo anterior, el Contratante y/o Asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- i. Llamar al número de la Compañía.
- ii. Brindar la información que le sea requerida por la persona que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la Póliza y la identidad del cliente.
- iii. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- iv. Una vez que el Contratante y/o Asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico indicado en el punto "i" de este documento, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

35. Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos

La Compañía entregará al Contratante y/o Asegurado, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este Contrato de Seguro, por cualquiera de las siguientes opciones:

- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;
- A través de correo electrónico, en este caso el Contratante y/o Asegurado deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba dentro de los treinta días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los treinta días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el Contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

XI. Asistencias Médica y Funeraria

Estas condiciones aplican sólo si se contrata estos servicios de asistencia y así aparece indicado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado o endoso Individual vigente al ocurrir el Siniestro.

La asistencia médica y funeraria podrá ser contratada bajo una de las siguientes modalidades:

- a. Asistencia Médica y Funeraria Individual Integral, incluye al Asegurado Titular.
- b. Asistencia Médica y Funeraria Familiar Integral, incluye al Asegurado Titular y a su cónyuge, así como los hijos que no excedan la edad de 25 años, limitado a 3 hijos. En esta modalidad los servicios de asistencia médica y funeraria que se otorgan para el cónyuge e hijos son los mismos definidos para el Asegurado Titular.

1. Disposiciones Previas

La Compañía se obliga a otorgar a los Asegurados los servicios de asistencia a través de la Empresa de Servicio contratada por la Compañía, quienes coordinarán y prestarán los servicios que se describen en esta sección. No obstante que dichos servicios de asistencia serán proporcionados por la Empresa de Servicio, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación de la Empresa de Servicio en virtud del presente Contrato de Seguro.

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado sus familiares o Representante Legal (en caso de fallecimiento), deberán llamar al teléfono de la Compañía, facilitando los datos siguientes:

- a. Número de póliza, nombre completo del Asegurado Titular y fecha de vencimiento (si cuenta con esta) para verificar si está activa.
- b. Nombre completo de la persona que está realizando la llamada, el lugar donde se encuentra y el número telefónico donde la Empresa de Servicio pueda contactarlo, así como todos los datos que el coordinador de la asistencia le solicite para localizarlo.
- c. Descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.

En caso de no seguir con el procedimiento descrito o negar el acceso a la historia clínica, se perderán los beneficios de estos servicios de asistencia.

2. Asistencia Médica

2.1. Traslado Médico Terrestre en Ambulancia

Si el Asegurado sufre un Accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de la Empresa de Servicio, en contacto con el médico que los atienda, recomiende su hospitalización, la Empresa de Servicio organizará y cubrirá el costo de su traslado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Este traslado se otorgará como máximo 2 (dos) veces (sin costo para los Asegurados) por cada aniversario de la Póliza. En caso de requerirse traslados adicionales, estos deberán cubrir los gastos, con precios preferenciales.

Exclusiones

- a. **Traslados en caso de enfermedades mentales.**
- b. **Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentre en estado agresivo o no deseen ser trasladados.**

2.2. Médico a domicilio

A solicitud del Asegurado, la Empresa de Servicio organizará y cubrirá el costo del traslado de un médico general al domicilio de éste, cuando no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en su domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias. Este servicio de médico a domicilio sólo incluye la coordinación del médico para que atienda la visita a domicilio, así como el costo de su traslado al domicilio del Asegurado, por lo que el costo de los honorarios del médico correspondientes a la consulta, deberán ser cubiertos directamente por el Asegurado. Este servicio se coordinará sin límite de eventos.

El costo de la consulta pactada no incluye la aplicación de medicamentos o cualquier otro tipo de procedimientos como colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones o curaciones.

Este servicio se coordinará sin límite de eventos, el Asegurado pagará la cantidad indicada por la Empresa de Servicio más el Impuesto al Valor Agregado que corresponda como honorarios médicos.

Exclusiones

- a. **El Asegurado se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.**

b. El médico de la Empresa de Servicio determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato a ser atendido en domicilio.

c. Se solicite un médico especialista a domicilio.

2.3. Orientación médica telefónica

El equipo médico de la Empresa de Servicio orientará telefónicamente al Asegurado sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, sin emitir un diagnóstico e interpretación de resultados de laboratorio.

A solicitud del Asegurado, la Empresa de Servicio organizará la visita de un médico a su domicilio o establecerá una cita con un médico especialista de conformidad con los términos establecidos en este contrato.

2.3.1 Referencias médicas

A solicitud del Asegurado, la Empresa de Servicio proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de atención de las clínicas, hospitales, laboratorios, doctores generales o de especialidad, que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación.

2.3.2. Descuentos Médicos

En caso de que el Asegurado requiera de un servicio médico a precio preferencial, La Empresa de Servicio proporcionará información telefónica que maneja con su red de proveedores sobre descuentos desde el 5% (cinco por ciento) hasta el 50% (cincuenta por ciento), dependiendo del producto, como son:

- a. Descuento en laboratorio clínico.
- b. Descuento en ópticas.
- c. Descuentos en farmacia.
- d. Estudios de gabinete.
- e. Descuento en ambulancias.
- f. Descuento en tratamiento odontológico general.
- g. Descuento en clínicas y hospitales.
- h. Descuento en aparatos ortopédicos y auditivos.

3. Asistencia Funeraria

3.1. Asistencia Legal Funeraria Telefónica

La Empresa de Servicio orientará telefónicamente al Asegurado o a sus familiares en cualquier rama del derecho, sin límite de eventos y sin costo.

3.2. Asistencia Legal Funeraria

La Empresa de Servicio enviará a un abogado de la red para asesorar y ayudar a los familiares o representante legal del Asegurado de forma presencial para realizar los trámites legales que procedan relacionados con su servicio funerario, tales como:

- a. Asistencia para obtener el certificado de defunción de la Secretaría de Salud.
- b. Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- c. Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
- d. Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- e. Notificación a acreedores para la liberación de deudas.
- f. En caso de muerte violenta y a petición de los familiares, se realizará ante el Ministerio Público y el médico forense, los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Asegurado, y en su caso, la demanda inicial en contra del responsable.

3.3. Asistencia Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Servicio realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos al entierro de los restos en el lugar donde se haya efectuado el deceso. La Empresa de Servicio cubrirá dichos servicios por un monto señalado en la carátula de la Póliza. Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares o representante legal del mismo, en pago por anticipado a la Empresa de Servicio. La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del Asegurado o en función a los requerimientos de los familiares o representante legal del difunto. Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red de la Empresa de Servicio con los que cuenta la Compañía a nivel nacional. Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del estado.

Se brindará el servicio funerario en caso de fallecimiento que incluye:

- a. Traslado a la agencia funeraria.
- b. Estética y embalsamado.
- c. Sala de velación por 24 (veinticuatro) horas o instalación de capilla en domicilio.
- d. Carroza fúnebre.
- e. Autobús de acompañamiento.
- f. Ataúd metálico para velación.
- g. Cremación y urna para cenizas.
- h. Red de descuentos con agencias funerarias.
- i. Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

El Asegurado gozará de la Asistencia Gastos Funerarios por el monto señalado en la carátula de la Póliza, pudiendo utilizar el resto del dinero en algún(os) servicio(s) adicional(es) si no hubiere usado la totalidad del monto establecido. En caso de que el costo del Servicio Funerario requerido para el Asegurado fuera mayor al monto establecido, la Empresa de Servicio ofrecerá un precio preferencial por el monto excedente.

4. EXCLUSIONES

Se excluye el otorgamiento de los servicios de asistencia para las siguientes situaciones:

- a. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Asegurado en contra de la prescripción médica o durante viajes de duración superior a 60 (sesenta) días naturales.
- b. El pago de la asistencia, por lo que el Asegurado o sus familiares no tendrán derecho a pagos por parte de la empresa de servicio.
- c. Cuando la necesidad de asistencia se derive de alguna acción intencional del Asegurado o sus familiares.
- d. Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a la Empresa de Servicios atender debidamente el asunto.
- e. Cuando el Asegurado o sus familiares no se identifiquen como tales.
- f. Cuando el Asegurado o sus familiares incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este apartado de asistencias.
- g. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia de:
 - i. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

- ii. Autolesiones o participación del Asegurado en actos delictivos intencionales como sujeto activo del delito.
- iii. La participación del Asegurado en combates, salvo en caso de defensa propia.
- iv. La práctica del Asegurado en deportes como profesional, así como su participación en competencias oficiales y en exhibiciones.
- v. La participación del Asegurado en cualquier clase de carreras, competencias o exhibiciones relacionadas con el automovilismo.
- vi. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- vii. La participación del Asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, de automóviles y en cualquier clase de carreras o exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.
- viii. Enfermedades mentales o alienación.
- ix. Para asistencia médica, los embarazos, en los últimos 3 (tres) meses antes de la fecha probable de parto, así como éste último y los exámenes prenatales.
- x. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- xi. Trasplante y/o traslado de órganos o miembros de cualquier tipo.
- xii. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- xiii. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

XII. Asistencia Dueños de Negocio

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata estos servicios de asistencia y así aparece indicado en la carátula de la Póliza vigente o endoso vigente.

1. Disposiciones previas

En caso de una situación de asistencia se deberá llamar al teléfono de la Compañía facilitando los datos siguientes:

- a. Número de la póliza, nombre completo del Asegurado Titular y fecha de vencimiento (si cuenta con esta) para verificar si está activa.
- b. Nombre completo de la persona que está realizando la llamada, el lugar donde se encuentra y el número telefónico donde la Empresa de Servicio pueda contactarlo, así como todos los datos que el coordinador de la asistencia le solicite para localizarlo.
- c. Descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.

En caso de no seguir con el procedimiento descrito se perderán los beneficios de estos servicios de asistencia.

La Empresa de Servicio proporcionará al usuario información telefónica relacionada con las pequeñas y medianas empresas de acuerdo con lo siguiente.

2. Oficina Virtual

- a. **Secretaría virtual**, en los horarios de mayor desborde de llamadas o en horarios específicos.
- b. **Agenda virtual**, Mensajes SMS recordando día y hora de reuniones.

Limitaciones: Sin límite de eventos

3. Servicios de Información al Empresario

- a. Asesoría telefónica para tramites antes el SAT, INFONAVIT, IMSSS etc.
- b. Referencias de proveedores.
- c. Referencias de fondos de promoción para los dueños de negocio (PyME's)
- d. Fechas de congresos y cocktails para empresarios de los dueños de negocio (PyME's)
- e. Fechas ferias y expos para empresarios dueños de negocio (PyME's)

Limitaciones: Sin límite de eventos

4. Traslado en Taxi Seguro

En caso de avería del vehículo, la Empresa de Servicio coordinará el servicio hasta la puerta del hogar u oficina del Asegurado Titular, siempre y cuando se encuentre dentro de las principales ciudades del país.

La Empresa de Servicio no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías.

Limitaciones: 1 evento al año

5. Servicio de Asistencia Legal telefónica

La Empresa de Servicio orientará telefónicamente al Asegurado Titular o a sus familiares en cualquier rama del derecho sin costo.

Limitaciones: 1 evento al año

6. EXCLUSIONES

Se excluye el otorgamiento de los servicios de asistencia para las siguientes situaciones:

- a. Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a la Empresa de Servicios atender debidamente el asunto.
- b. Cuando el Asegurado o sus familiares no se identifiquen como tales.
- c. Cuando el Asegurado o sus familiares incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en este apartado de asistencias.
- d. El pago de la asistencia, por lo que el Asegurado o sus familiares no tendrán derecho a pagos por parte de la empresa de servicio.
- e. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia de:
 - i. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor. Esta exclusión aplicará solo para Asistencia de Taxi.

- ii. Autolesiones o participación del Asegurado o sus familiares en actos delictivos intencionales como sujeto activo del delito.
- iii. La participación del Asegurado o sus familiares en combates, salvo en caso de defensa propia.
- iv. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

XIII. Marco Legal

Las leyes y artículos citados en este contrato podrán ser consultados en:

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

CODIGO CIVIL FEDERAL

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

CODIGO PENAL FEDERAL

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

Atención a clientes de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas en oficinas SURA cuyas direcciones se pueden consultar en www.segurossura.com.mx o en el Centro de Atención Telefónica: 55 5723 7999 en un horario de lunes a jueves de 8:30 a 19:00 horas y viernes de 8:30 a 18:00 horas.

La Unidad de Atención Especializada a Clientes para la atención de consultas y reclamaciones está ubicada en Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Col. Altavista, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México; con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. Teléfono: 55 57 23 79 99
Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
Ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, C.P 03100, México, Ciudad de México;
Teléfonos: 55 5340 0999 y 800 999 80 80.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Página web: www.gob.mx/condusef

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Colonia Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060, Ciudad de México.
Tel. 55 5723 7999
www.segurossura.com.mx
Atencion.clientes@segurossura.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de julio de 2019, con el número CNSF-S0010-0234-2019/ CONDUSEF-004032-02.

Centro de atención telefónica:

55 5723 7999

Para reporte de siniestros:

800 911 7692

SE-VG-184/01.20



www.segurossura.com.mx