

SEGUROS



SURA Grupo Experiencia
Propia con Dividendos

Condiciones generales



SURA Grupo

Experiencia Propia con Dividendos

Condiciones Generales

Contenido

I. Objeto del Seguro	3	19. Ingreso de Asegurados	8
II. Definiciones Generales	3	20. Alta de Asegurados	8
1. Asegurado	3	21. Baja de Asegurados	9
2. Beneficiario	3	22. Derecho a seguro individual por seguro de prestación laboral	9
3. Certificado Individual	3	23. Edad	9
4. Compañía	3	24. Prima	10
5. Consentimiento	3	25. Pago de Prima	10
6. Contratante	3	26. Tipo de administración	10
7. Dividendos	3	27. Beneficiarios	11
8. Endoso	3	28. Pago de suma asegurada	11
9. Enfermedad Preexistente	3	29. Suicidio	11
10. Grupo o Colectividad Asegurable	4	30. Interés moratorio	12
11. Grupo o Colectividad Asegurada	4	31. Participación en las utilidades	13
12. Inicio de Cobertura	4	32. Prescripción	14
13. Integrante	4	33. Agravación del Riesgo	14
14. Periodo de Espera	4	IV. Cobertura Básica	14
15. Prima	4	V. Coberturas Adicionales de Accidentes	15
16. Siniestro	4	1. Cobertura de Muerte Accidental	15
17. Suma Asegurada	4	2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas	15
18. SAMI	4	3. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva	16
19. Subgrupo	4	4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo	16
20. Vigencia	4	VI. Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente	18
III. Cláusulas Generales	5	1. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente	18
1. Contrato	5	2. Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	18
2. Corrección o rectificación de la póliza	5	VII. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios	21
3. Modificaciones	5	VIII. Cobertura Adicional de Últimos Gastos	23
4. Comunicaciones	5	IX. Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario	24
5. Moneda	5	X. Servicios de Asistencia	25
6. Competencia	5	1. Asistencia Médica	26
7. Notificación de comisiones	5	2. Asistencia Funeraria	26
8. Prelación	6		
9. Vigencia del contrato	6		
10. Periodo de gracia	6		
11. Rehabilitación	6		
12. Renovación	7		
13. Omisiones o declaraciones inexactas	7		
14. Disputabilidad	7		
15. Cambio de ocupación	7		
16. Carencia de restricciones	7		
17. Obligaciones del Contratante	8		
18. Cambio de Contratante	8		

I) Objeto del Seguro

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

II) Definiciones Generales

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.

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 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. Dividendos

Monto que corresponde al Contratante y/o a los Asegurados, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas por siniestralidad favorable.

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:

- Se haya declarado su existencia, o
- El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- 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
- Que por sus síntomas y signos no puedan 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. El número mínimo de integrantes con que debe contar el Grupo Asegurable es de 10 personas.

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.

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

Periodo que debe transcurrir de forma ininterrumpida a partir del inicio de vigencia de la póliza o la fecha de alta del Asegurado, con el fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

15. Prima

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

16. Siniestro

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

17. Suma Asegurada

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

18. SAMI

Suma Asegurada Máxima sin requisitos que se concede a cada Asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor al SAMI, la Compañía podrá solicitar el llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

19. Subgrupo

División del Grupo Asegurado para clasificar a sus integrantes de acuerdo a las reglas de suma asegurada y/o coberturas.

20. Vigencia

Periodo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

III) Cláusulas Generales

1. Contrato

Esta Póliza, la solicitud, el registro de Asegurados correspondiente, los consentimientos, los certificados individuales, las cláusulas y los endosos que se agreguen constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2. Corrección o rectificación 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 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

Las Condiciones Generales de la Póliza sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos o cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

4. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deben dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba efectuar a los Asegurados o a sus Beneficiarios, son válidos si se dirigen al último domicilio que de ellos conozca la Compañía.

5. Moneda

Todos los pagos a que este contrato se refiere son realizados en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen.

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 dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

7. Notificación 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 esta información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

8. Prelación

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

Cláusula General OFAC

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con los que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control), o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o el Contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Compañía rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, debiendo el Asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

EXCLUSIÓN:

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar

9. Vigencia del Contrato

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro indicado en la carátula de la póliza.

La vigencia de la cobertura del seguro para cada Asegurado será la especificada en el certificado respectivo.

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 Espera 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 en el caso de pago en parcialidades, el periodo de gracia de la prima será de 15 días naturales. En caso de ocurrir algún Siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización, la prima total 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 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 de cancelación de la vigencia inmediata anterior.

12. Renovación

La Compañía puede renovar este contrato de seguro, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades 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 sin requisitos (SAMI).

14. Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de su vigencia, siempre es disputable 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 un año, 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 rescindirlo 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. 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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 a) anterior.
- e) Comunicar a la Compañía del ingreso de integrantes nuevos, recabando los consentimientos respectivos, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de ingreso.
- f) Comunicar a la Compañía de la separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de separación.
- g) 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 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 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 las de admisión establecidas para esta póliza.

20. Alta de Asegurados

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.

21. Baja de Asegurados

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.

22. 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.

- 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 ordinario de vida.

23. 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.

24. 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.

25. 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 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.

26. Tipo de Administración

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

- a) Auto-administradas: en este tipo, el Contratante se compromete a administrar los documentos del contrato, a dar aviso de las altas y las bajas a la Compañía y a pagar el ajuste de primas que corresponda al final de la vigencia. El Contratante deberá mandar al final de la vigencia un listado actualizado con los Integrantes del Grupo y su suma asegurada para el cálculo del ajuste de prima. En caso de resultar un saldo a favor de la Compañía, el Contratante cuenta con un periodo de 30 días para el pago del mismo, en caso contrario, la Compañía hará la devolución de las primas correspondientes dentro del mismo plazo de 30 días.

- b) 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.

27. Beneficiarios

Todo Integrante del Grupo o Colectividad designa 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.

El Contratante no puede intervenir en la designación de Beneficiarios, ni puede, en ningún caso, figurar con este carácter 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 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.

28. 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 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 paga 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 hace 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.

29. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

30. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta 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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III.- En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

31. Participación en las Utilidades

Este contrato podrá otorgar participación de utilidades por siniestralidad favorable, cuando así lo pacten la Compañía y el Contratante haciéndolo constar en la carátula de la póliza. En tal caso, dicha participación de utilidades se regirá de acuerdo a lo siguiente:

- a) Los dividendos que en su caso se otorguen, se calculan considerando la experiencia propia de la Compañía.
- b) Se entiende por:
 - i) Experiencia Propia. Cuando la prima del Grupo o Colectividad está determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien, de las pólizas que pertenecen al mismo grupo empresarial. El número de Integrantes del Grupo o Colectividad no puede ser inferior a mil al inicio de la vigencia de este contrato.
- c) El otorgamiento de dividendos está convenido expresamente en la póliza al momento de la contratación.
- d) Los dividendos se calculan con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los Siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de dividendos, se determina con base en el procedimiento establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- e) Para efectos del cálculo de dividendos, se considera hasta el monto de la prima correspondiente a la Suma Asegurada Máxima establecida para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma, manteniendo el principio de proporcionalidad que se indica en el inciso siguiente.
- f) Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tienen derecho a recibir los dividendos generados de manera proporcional a las aportaciones realizadas.
La determinación de dividendos a otorgar se realiza al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.
- g) Sólo pueden pagarse dividendos calculados conforme a lo establecido en los incisos anteriores.
- h) Los dividendos no pueden ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No pueden pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entiende por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas con vigencia menor a un año, no se otorgan dividendos.
- i) Los dividendos pueden ser pagados en efectivo o a cuenta del pago de la prima de la vigencia posterior. Si el Contratante no elige alguna de estas opciones, la cual queda indicada en la carátula de la póliza, se aplica la segunda de ellas.

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. Agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

IV) Cobertura Básica

Si durante el plazo del seguro ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía paga 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, pagando la Compañía la indemnización a los Beneficiarios del que fallezca primero.

V) Coberturas Adicionales de Accidentes

Estas condiciones particulares se aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

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.

1. Cobertura de Muerte Accidental

La Compañía pagará la suma asegurada a los Beneficiarios designados, 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 días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente.

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 días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente.

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. La tabla indemnizatoria que aplique en cada caso, está claramente especificada en la póliza y/o los Certificados Individuales.

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.

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 %

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagan las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excede el importe de la suma asegurada convenida.

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- a) 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) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- e) Ambos oídos, la sordera o pérdida completa y definitiva de la audición.

3. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva

La Compañía pagará la suma asegurada contratada a los Beneficiarios designados, si el Asegurado muere como consecuencia directa de un Accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que su muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente de acuerdo con lo siguiente:

- a) Accidente que tenga 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, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular.
- b) Accidente que tenga el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c) 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.

4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo

La Compañía paga la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un Accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente de acuerdo con lo siguiente:

- a) Accidente que tenga 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, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular.
- b) Accidente que tenga el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.
- c) 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.

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. La tabla indemnizatoria que aplique en cada caso, está claramente especificada en la póliza y/o los Certificados Individuales.

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.

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 %

Si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre más de una de las pérdidas orgánicas amparadas, se pagarán las indemnizaciones respectivas, pero el total de ellas en ningún caso excederá el importe de la suma asegurada convenida.

Para efectos de la presente cobertura se entiende 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.
- Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- Ambos oídos, la sordera o pérdida completa y definitiva de la audición.

Para todas las coberturas por Accidente operan las siguientes condiciones:

5. Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se conceden únicamente, si se presenta a la Compañía prueba de que el Accidente que causó la muerte o la pérdida orgánica sufrida por el Asegurado, haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y del Certificado Individual en el que se incluye esta cobertura.

6. Cancelación Automática

La vigencia de estas coberturas termina automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía al verificarse cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 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.
- b) Cuando el Asegurado esté disfrutando de los beneficios que para el caso de invalidez pueda concederle la póliza, en cuyo caso, al momento de pagar la suma asegurada por invalidez, se devuelve la prima neta pagada no devengada, correspondiente a la(s) cobertura(s) de Accidente.
- c) En el momento en que por una o más reclamaciones de pérdidas orgánicas, se pague el 100% de la suma asegurada contratada.
- d) En el aniversario de la póliza siguiente a la fecha del Accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones aquí previstas.

7. Prima

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

8. Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se conceden cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

- a) **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, ocurrido dentro de los primeros dos años siguientes a la celebración del contrato de seguro.**
- 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 celebración de 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, ski, 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 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.

VI) Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares se aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

1. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente

Si el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un Accidente o enfermedad, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada de esta cobertura al Asegurado, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

2. Cobertura de Exención de Pago de primas por Invalidez Total y Permanente

Esta cobertura se ofrece en alguna de las siguientes opciones:

- a) Si el Asegurado titular se invalida total y permanentemente a causa de un Accidente o enfermedad, la Compañía mantiene vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de muerte por el periodo que falte para concluir el plazo del seguro en curso, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.
- b) Si el Asegurado titular se invalida total y permanentemente a causa de un Accidente o enfermedad, la Compañía mantiene vigente sin más pago de primas, la cobertura básica de muerte en forma vitalicia, con la suma asegurada vigente al momento en que se haya diagnosticado la invalidez.

3. 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 y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un periodo no menor a seis meses, y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo estos, no sean accesibles para el Asegurado.

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.

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- a) 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) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

El pago de la suma asegurada se realiza después de que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula, contado a partir de que se haya diagnosticado la Invalidez Total y Permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El Periodo de Espera no opera en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

4. 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.

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.

A efecto de comprobar el estado de invalidez, el Asegurado debe, además de lo señalado anteriormente, presentar a la Compañía el diagnóstico de Invalidez Total y Permanente definitivo avalado por un dictamen de una 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 un 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, los cuales son evaluados por un médico especialista designado por la Compañía, a fin de determinar la procedencia del pago de la indemnización. En estos casos el Periodo de Espera obligatorio es de 6 meses a partir de la fecha en la que se haya dado el dictamen después de los cuales deberá comprobar que sigue incapacitado.

5. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancela en la fecha de renovación en la que la edad del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para esta cobertura para este Grupo o Colectividad, sin necesidad de comunicación por parte de la Compañía.

6. Prima

La Compañía otorga esta cobertura con la obligación de pago de la prima adicional que corresponda.

7. Exclusiones

Esta cobertura no se concede cuando la Invalidez Total y Permanente 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 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, ski, 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 del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan 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. Esta cobertura no se concede a los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni tampoco a enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**

8. Acuerdo de Arbitraje

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establece por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vincula a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir es liquidado por la Compañía.

VII) Cobertura Adicional 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.

Esta cobertura se cancela en la fecha de renovación en la que la edad del Asegurado titular y de los Asegurados secundarios 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.

1. 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.

2. 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.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura únicamente si el Asegurado titular se encuentra con vida al momento de ocurrir la muerte del Asegurado adicional, en caso contrario, sólo se realiza la devolución del importe de la prima neta no devengada a la fecha de la muerte. Si la muerte del Asegurado adicional ocurre simultáneamente con la del Asegurado titular, se considera que este último murió primero.

El Asegurado titular es el único beneficiario de la suma asegurada de esta cobertura. Al no recabarse la firma del Asegurado adicional, no es posible que éste último tenga una designación de Beneficiarios independiente y opera un beneficio recíproco (entre Asegurado y Asegurado adicional).

3. Padres Dependientes

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 de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura únicamente si el Asegurado titular se encuentra con vida al momento de ocurrir la muerte del Asegurado adicional, en caso contrario, sólo se realiza la devolución del importe de la prima neta no devengada a la fecha de la muerte. Si la muerte del Asegurado adicional ocurre simultáneamente con la del Asegurado titular, se considera que este último murió primero.

El Asegurado titular es el único beneficiario de la suma asegurada de esta cobertura. Al no recabarse la firma del Asegurado adicional, no es posible que éste último tenga una designación de Beneficiarios independiente y opera un beneficio recíproco (entre Asegurado y Asegurado adicional).

4. Hijos Dependientes

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.

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura únicamente si el Asegurado titular se encuentra con vida al momento de ocurrir la muerte de un Asegurado adicional, en caso contrario, sólo se realiza la devolución del importe de la prima neta no devengada a la fecha de la muerte. Si la muerte de un Asegurado adicional ocurre simultáneamente con la del Asegurado titular, se considera que este último murió primero.

El Asegurado titular es el único beneficiario de la suma asegurada de esta cobertura. Al no recabarse la firma de los Asegurados adicionales, no es posible que estos tengan una designación de Beneficiarios independiente y opera un beneficio recíproco (entre Asegurado y Asegurados adicionales).

5. Pruebas

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

Para el caso de los hijos y padres, se deberá comprobar la dependencia económica del Asegurado Titular para ser considerados como Asegurados adicionales.

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

6. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.

VIII) Cobertura Adicional de Últimos Gastos

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 correspondiente.

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 por muerte.

El monto del anticipo no será mayor del 50% 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 para obtener la suma asegurada de esta cobertura, 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 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) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal en la fecha de emisión o renovación del seguro.

1. Exclusiones

Esta cobertura no ampara 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:**
 - 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.**

2. Primas

Esta cobertura se otorga sin costo adicional alguno en virtud de tratarse solamente de un anticipo del pago de la suma asegurada como apoyo a los familiares y Asegurados de la Compañía, además de que el costo es solventado por la cobertura de fallecimiento, al ser el beneficio total restante pagadero al fallecimiento del Asegurado.

IX) Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario

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 correspondiente.

1. Beneficio

La Compañía paga 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.

2. Definición

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.

3. Elegibilidad

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.

4. 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 paga el beneficio 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 días, la indemnización a pagar se calcula en forma proporcional a razón de 1/30 por día.

5. Periodo de Espera

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.

6. 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.**

7. Requisitos para el Pago de Reclamación.

En el momento que se tenga conocimiento del desempleo y una vez recabada la documentación correspondiente, se debe contactar al Contratante para que ésta a su vez presente la reclamación a la Compañía.

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:
 - i) Original y copia del contrato de trabajo.
 - ii) Original del finiquito o carta con membrete del empleador donde se indique motivo y fecha de la terminación laboral.
 - iii) 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.

8. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.

X) Servicios de Asistencia

Estas condiciones particulares se aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Los servicios de asistencia son proporcionados por un tercero y se aplican únicamente en territorio nacional. El Asegurado podrá recibir estos servicios comunicándose al teléfono que aparece en el Certificado.

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

A continuación se describen los servicios que se pueden ofrecer, los cuales deberán estar especificados en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

1. Asistencia Médica

a. Traslado Médico Terrestre de Emergencia

Si el Asegurado sufre un Accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de prestador de servicios, en contacto con el médico que los atienda, recomiende su hospitalización, se organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado 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 dos veces por cada aniversario de la póliza. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos a precios preferenciales.

b. Médico a Domicilio

Se facilitarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, mediante la visita a domicilio de un médico general en las principales ciudades de la República Mexicana.

Este servicio se coordinará sin límite de eventos con un costo preferencial para el Asegurado.

c. Orientación Médica Telefónica

El equipo médico del prestador de servicios orientará al Asegurado en su país de residencia sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, además de segundas opiniones e interpretación de resultados de laboratorios.

A solicitud del Asegurado, se facilitarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico o concertando una cita en el consultorio, en ambos casos, con costo preferencial para el Asegurado.

También, se otorgará información relacionada con hospitales, farmacias, clínicas, laboratorios, médicos especialistas, enfermeras, ópticas, casas de ortopedia, etc.

d. Referencias Médicas

A solicitud del Asegurado, se 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. Asistencia Funeraria

a. Asistencia Legal Funeraria

Se enviará a uno de los abogados de la red para asesorar y ayudar a los deudos a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario, tales como:

- Asistencia para obtener el Certificado de Defunción de la Secretaría de Salud.
- Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
- Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- Notificación a acreedores para la liberación de deudas.

En caso de muerte violenta y a petición de los deudos, se realizará ante el Ministerio Público y el médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Beneficiario, y en su caso la demanda inicial en contra del responsable.

b. Servicio de Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, el prestador de servicios a través de su red de proveedores 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.

Se cubrirán dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta \$16,000. Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del difunto en pago por anticipado al proveedor.

La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del Asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto.

Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red del proveedor de servicios 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:

- Traslado a la Agencia Funeraria.
- Estética y embalsamado.
- Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- Carroza fúnebre.
- Autobús de acompañamiento.
- Ataúd metálico.
- Cremación y urna para cenizas.
- Red de descuentos con agencias funerarias.
- Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

Anexo Artículos Citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8	"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."
Artículo 9	"Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."
Artículo 10	"Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."
Artículo 19	"Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21."
Artículo 25	"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones."
Artículo 47	"Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro."
Artículo 71	"El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación."

Artículo 82	<p>"El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.</p> <p>Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."</p>
-------------	--

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 276	<p>"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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;</p> 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. <p>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;</p> 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;
--------------	---

Artículo 276

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.

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."

"En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

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

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

Artículo 277	<p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo."</p>
Artículo 492	<p>"Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados. <p>Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.</p> <p>Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen; b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes; c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. <p>Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.</p> <p>La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.</p>

<p>Artículo 492</p>	<p>b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;</p> <p>c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y</p> <p>d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.</p> <p>Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.</p> <p>La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.</p> <p>El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.</p> <p>Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.</p> <p>La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.</p> <p>Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes."</p>
<p>LEY DE PROTECCIÓN Y DE DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS</p>	

Artículo 50Bis	<p>"Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
Artículo 50Bis	<ol style="list-style-type: none"> V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar."
Artículo 68	<p>"La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. <ol style="list-style-type: none"> I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos. II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior; III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información."
REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	
Artículo 7	"Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de Asegurados, podrán contribuir al pago de la Prima en los términos en que se haya establecido en la Póliza."

Artículo 8	<p>"El otorgamiento de dividendos por siniestralidad favorable en los seguros de Grupo y en los seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por: <ol style="list-style-type: none"> a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial. Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato. Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia; II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación; III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.
Artículo 8	<p>Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;</p> <ol style="list-style-type: none"> IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado; V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza; b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza. <p>El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;</p> VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores; VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos; VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual."
LEY FEDERAL DEL TRABAJO	

Artículo 47	<p>"Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador. ii. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, o en contra de clientes y proveedores del patrón, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia; iii. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo; iv. Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo; v. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo; vi. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio; vii. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él; viii. Cometer el trabajador actos inmorales o de ostigamiento y/o acoso sexual contra cualquier persona en el establecimiento o lugar de trabajo; ix. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa; x. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada; xi. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado; xii. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades; xiii. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico; xiv. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; xiv . Bis. La falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio cuando sea imputable al trabajador y que exceda del periodo a que se refiere la fracción IV del artículo 43; y xv. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere. <p>El patrón que despida a un trabajador deberá darle aviso escrito en el que refiera claramente la conducta o conductas que motivan la rescisión y la fecha o fechas en que se cometieron. El aviso deberá entregarse personalmente al trabajador en el momento mismo del despido o bien, comunicarlo a la Junta de Conciliación y Arbitraje competente, dentro de los cinco días hábiles</p>
-------------	--

Artículo 47	siguientes, en cuyo caso deberá proporcionar el último domicilio que tenga registrado del trabajador a fin de que la autoridad se lo notifique en forma personal. La prescripción para ejercer las acciones derivadas del despido no comenzará a correr sino hasta que el trabajador reciba personalmente el aviso de rescisión. La falta de aviso al trabajador personalmente o por conducto de la Junta, por sí sola determinará la separación no justificada y, en consecuencia, la nulidad del despido."
-------------	--

CÓDIGO CIVIL FEDERAL	
Artículo 1635	"La concubina y el concubinario tienen derecho a heredarse recíprocamente, aplicándose las disposiciones relativas a la sucesión del cónyuge, siempre que hayan vivido juntos como si fueran cónyuges durante los 5 años que precedieron inmediatamente a su muerte o cuando hayan tenido hijos en común, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el autor de la herencia le sobreviven varias concubinas o concubinarios en las condiciones mencionadas al principio de este artículo, ninguno de ellos heredará."

Atención a clientes de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 y viernes de 8:30 a 14:30 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.

Para dudas, observaciones o comentarios dirigirse al correo electrónico atencionalclienteseguros@segurossura.com.mx; para cualquier tema sobre siniestros dirigirse al correo electrónico siniestrosvida@segurossura.com.mx

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Blvd. Adolfo López Mateos 2448, Colonia Altavista, Alcaldía 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 5723 7999, extensión 2031.

Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Página web: www.segurossura.com.mx

Así mismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P 03100, Ciudad de México.

Teléfonos: 55 5340 0999 u 800 999 80 80.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

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 abril de 2013, con el número CNSF-S0095-0593-2012/CONDUSEF-000500-04 y a partir del día 07 de abril de 2015, con el número RESP-S0095-0361-2015; y a partir del día 11 de agosto de 2016, con el número RESP-S0095-0212-2016; y a partir del 03 de marzo de 2021 con el número RESP-S0010-0011-2021.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos, 2448, Col Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón,
C.P. 01060, Ciudad de México.