

SEGUROS

sura 

**SEGURO DE VIDA GRUPO
DEUDORES FINANCIERAS**

EXPERIENCIA PROPIA

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA GRUPO DE DEUDORES FINANCIERAS (EXPERIENCIA PROPIA)

Condiciones Generales

CONTENIDO	PÁGINA	CONTENIDO	PÁGINA
I. DEFINICIONES	3	V. INFARTO AL MIOCARDIO.	25
ACCIDENTE	3	VI. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL CORONARIA O CIRUGIA DE BYPASS	25
ACREDITADO	3	VII. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.	25
ASEGURADO TITULAR	3	VIII. ESTADO DE COMA.	25
ASEGURADO	3	INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	28
BENEFICIARIO	3	INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	28
CÁNCER	3	PERDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE	30
CÁNCER IN- SITU	4		
CERTIFICADO INDIVIDUAL	4	III. CLAUSULAS GENERALES	32
COACREDITADO	4	CONTRATO	32
COBERTURA	4	VIGENCIA	32
COMPAÑÍA	4	MODIFICACIONES AL CONTRATO	33
CONTRATANTE	4	DUPLICADO DE LA PÓLIZA	33
CONSENTIMIENTO	4	NOTIFICACIONES	33
CÓNYUGE	4	PRESCRIPCIÓN	33
CRÉDITO	6	MONEDA	34
CULPA GRAVE	6	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	34
DEPORTE EXTREMO	6	INDISPUTABILIDAD	34
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	6	EDADES DE ADMISIÓN Y RENOVACIÓN	34
ENDOSO	6	INEXACTA DECLARACIÓN DE EDAD	36
ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	6	PRIMA	36
EVENTO	6	FORMA DE PAGO	37
EXCLUSIONES	6	PERIODO DE GRACIA	37
EXTRAPRIMA	7	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	38
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	7	RESIDENCIA	39
FECHA EFECTIVA	7	RENOVACIÓN	39
GRUPO ASEGURADO	7	TERMINACIÓN ANTICIPADA	39
LEY	7	REHABILITACIÓN	41
MÉDICO	7	ALTA DE ASEGURADOS	41
NEGLIGENCIA	7	BAJA DE ASEGURADOS	42
ONCÓLOGO	7	REGISTRO DE ASEGURADOS	42
PADECIMIENTO PREEXISTENTE	7	CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES	43
PERIODO DE ESPERA	8	BENEFICIARIOS	43
PERIODO DE CARENANCIA	9	OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	44
PERIODO DE DEDUCIBLE	9	CERTIFICADOS INDIVIDUALES	44
PERIODO DE GRACIA	9	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN	45
PERITO MÉDICO	9	CAMBIO POR RIESGO	45
PÓLIZA	9	SUICIDIO	45
PRIMA	9	TRÁMITE DE RECLAMACIONES	46
SALDO DEUDOR	9	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	47
SUMA ASEGURADA	10	IMPUESTO	47
UMA	10	INDEMNIZACIÓN POR MORA	49
VIGENCIA	10	COMPETENCIA	49
		ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO	49
II. COBERTURAS	10	COMISIONES Y COMPENSACIONES	49
COBERTURAS BÁSICAS	10	PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES	50
INDEMNIZACIÓN SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO	10	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	50
FALLECIMIENTO	10	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	50
GASTOS FUNERARIOS FAMILIAR	10	TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	51
COBERTURAS ADICIONALES	11		51
MUERTE ACCIDENTAL	12	MARCO LEGAL	51
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	13		
FALLECIMIENTO COMPLEMENTARIO	13		
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	16		
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO	16		
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO	20		
ENFERMEDADES GRAVES	22		
I. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.	23		
II. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES.	23		
III. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.	23		
IV. PARÁLISIS TOTAL.	23		

Aviso de Privacidad

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

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

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados

con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico Cookies en nuestra página de Internet Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las

siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla.

La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

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

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

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

Fecha de última modificación: septiembre 2016



I. DEFINICIONES

Los siguientes términos utilizados con mayúscula inicial en las presentes condiciones generales tienen los significados que se les atribuyen a continuación, independientemente de que dicho término se utilice en singular o plural.

ACCIDENTE

Significa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. **Por lo tanto, no se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.**

ACREDITADO

Significa la persona física a quien el Contratante ha otorgado un Crédito, bajo los términos y condiciones establecidos en el contrato respectivo.

ASEGURADO TITULAR

Significa el Acreditado, que aparece indicado con tal carácter en el Certificado Individual correspondiente, en virtud de que ha otorgado su Consentimiento, respecto de las Coberturas de fallecimiento, para quedar amparado por el seguro.

ASEGURADO

Persona física sobre la que recaen los riesgos amparados en este contrato y que se encuentran incluidos en el Certificado Individual o Endoso correspondiente.

BENEFICIARIO

Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir los beneficios del seguro y que aparece con tal carácter en el Certificado Individual respectivo. Para efectos de este seguro el Contratante será el Beneficiario Preferente e irrevocable hasta por el Saldo Deudor del Crédito, en tanto que, los Beneficiarios designados por el Asegurado Titular, tendrán derecho al remanente de la Suma Asegurada, en caso de existir, respecto de las Coberturas de Indemnización Saldo Deudor por Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente.

CÁNCER

Es la enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos.

CÁNCER IN- SITU

Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Es el documento mediante el cual, la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las Coberturas contratadas, las sumas aseguradas, la Fecha Efectiva, los periodos que correspondan, la designación de Beneficiarios y en general sus datos Personales.

COACREDITADO

Persona que, de manera solidaria, participa con el Acreditado en el Crédito otorgado por el Contratante.

COBERTURA

Es el tipo de protección contratada por el Contratante y/o Asegurado, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Indemnización Saldo Deudor por Fallecimiento, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente, Fallecimiento Cónyuge e Hijos, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Masculino, Enfermedades Graves, Gastos Funerarios Familiar, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

COMPAÑÍA

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

CONTRATANTE

Persona física o moral que celebra el contrato de seguro con la Compañía que ha otorgado un Crédito en cuenta corriente al Asegurado y es quien está obligado al pago de la Prima de este contrato a la Compañía.

CONSENTIMIENTO

Documento mediante el cual el Asegurado hace constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado, respecto de las Coberturas de fallecimiento contempladas en este Contrato de Seguro.

CÓNYUGE

Es la persona vinculada con otra por un matrimonio civil, también serán considerados dentro de esta definición al (a) concubino (a) o conviviente.



CRÉDITO

Es el Crédito en cuenta corriente otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.

CULPA GRAVE

Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efectos de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el debido cuidado.

DEPORTE EXTREMO

Que presenta un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital, tales como: escalada, espeleología, barranquismo (también conocido como descenso de cañones o rápel), senderismo, ciclismo de montaña, equitación, orientación, karts, paintball o airsoft, descenso en canoa o kayak, rafting, piragüismo, buceo, hidrospeed, salto base, puenting, paracaidismo, parapente, descenso en tirolina, montar en ultraligero.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica estructurada y el comportamiento de la que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con un Estudio Histopatológico.

ENDOSO

Es el documento emitido por la Compañía, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro, así como cualquier información que afecte a éste. El Endoso deberá estar previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Son los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico y que para ser aceptados bajo los términos de esta Póliza deberán fecharse y encontrarse debidamente firmadas por un Médico autorizado para ejercer la especialidad de Anatomía Patológica. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos.

EVENTO

Hecho que origina el pago del beneficio por parte de la Compañía en los términos estipulados en esta Póliza.

EXCLUSIONES

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que aplican.

EXTRAPRIMA

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, por la existencia de factores de riesgo agravados.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Significa la fecha indicada en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual respectivo, en la cual inicia la Vigencia del Contrato de Seguro.

FECHA EFECTIVA

Es la fecha indicada en el Certificado Individual en la que inicia la Vigencia del Seguro para cada Asegurado.

GRUPO ASEGURADO

Los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar Asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

MÉDICO

Persona calificada que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y no sea familiar del Asegurado.

NEGLIGENCIA

Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace.

ONCÓLOGO

Médico especializado en oncología, legalmente certificado para ejercer dicha área y no sea familiar del Asegurado.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Es aquél padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan a continuación:

- a. Previamente a la celebración de este contrato, o al alta del Asegurado en la Póliza, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe 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.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento en cuestión, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- b. El Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Cuando la Compañía determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un Padecimiento Preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Compañía, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del Perito Médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito. La Compañía acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo que deberá transcurrir a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo este Seguro. Dicho periodo quedará estipulado en la carátula y/o Certificado Individual respectivo.

PERIODO DE CARENCIA

Es el tiempo que debe transcurrir desde que el Asegurado es dado de alta en el Grupo Asegurado para que se encuentre cubierto bajo las Coberturas de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Graves. Dicho periodo estará estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

PERIODO DE DEDUCIBLE

Para las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, es el tiempo que debe transcurrir, a partir de que el Asegurado es hospitalizado, para efectos de que la Compañía empiece a cubrir la suma asegurada contratada para estas coberturas. Dicho periodo estará estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

PERIODO DE GRACIA

Es el plazo convenido entre la Compañía y el Contratante para el pago de la Prima, dentro del cual se otorga la Cobertura contratada, aun cuando no se hubiere pagado la Prima o la fracción correspondiente, en el caso de que el Contratante haya optado por un pago diferente al anual. En caso de indemnización por causa de siniestro dentro de este período, la Compañía deducirá de la misma, la Prima que se encuentre pendiente de pago.

PERITO MÉDICO

Médico Especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate.

PÓLIZA

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, la solicitud de aseguramiento, el registro de Asegurados, los Certificados Individuales, los Consentimientos, los Endosos y las Cláusulas Adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

PRIMA

Es la cantidad determinada por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las Coberturas de Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de Póliza.

SALDO DEUDOR

Es la cantidad total adeudada por el Asegurado Titular al Contratante por el Crédito otorgado en la fecha en la que ocurra el Evento. Para efectos del Seguro **no**

formarán parte del Saldo Deudor las amortizaciones mensuales vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

SUMA ASEGURADA

Significa la cantidad indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual respectivo, de conformidad con lo especificado en cada Cobertura, que en su caso, la Compañía se obliga a pagar al verificarse y ser procedente el Evento.

UMA

Unidad de Medida y Actualización diaria, referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

VIGENCIA

La Póliza iniciará y terminará su Vigencia en las fechas indicadas en la carátula de la misma.

La Vigencia del Seguro para cada Certificado Individual iniciará en la Fecha Efectiva que se indique en el Certificado Individual.

COBERTURAS

Coberturas Básicas

INDEMNIZACIÓN SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Acreditado y/o al Coacreditado, en su caso, lo cual estará estipulado en el Certificado Individual correspondiente.

Descripción de la Cobertura

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o Coacreditado, durante la Fecha Efectiva del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada mencionada en el Certificado Individual respectivo para esta Cobertura, a quien corresponda, en los términos de la cláusula Beneficiarios, siendo el Beneficiario el Contratante hasta por el monto de saldo insoluto del Crédito al momento del siniestro.

CANCELACIÓN

La Cobertura del riesgo prevista en esta Cobertura cesará, para cada Certificado Individual, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Al dar por terminada la Póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b. En caso de haber afectado la Cobertura de Invalidez Total y Permanente.

GASTOS FUNERARIOS FAMILIAR

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos, siempre y cuando el Cónyuge y los hijos mayores de edad otorguen su consentimiento para tal efecto.

Descripción de la Cobertura

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará de acuerdo con lo siguiente:

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados menores de edad del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará de acuerdo con lo siguiente:

- a. Para menores de edad, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- b. Para mayores de edad, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

Si el fallecimiento del hijo Asegurado ocurre antes de cumplir los 12 años de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada topada a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

Exclusión.

No está cubierta la muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual o de la rehabilitación de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado físico o mental del Asegurado.

COBERTURAS ADICIONALES

MUERTE ACCIDENTAL

Opciones de Contratación

A través de esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos, siempre y cuando éstos otorguen su consentimiento para tal efecto.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará de acuerdo con lo siguiente:

- a. Para menores de edad, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- b. Para mayores de edad, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

Si el fallecimiento del hijo Asegurado ocurre antes de cumplir los 12 años de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada topada a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado la suma contratada para esta Cobertura, si a consecuencia de un Accidente amparado, ocurrido durante la Fecha Efectiva del Certificado Individual y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente, el mismo fallece.

Para esta Cobertura no aplica Periodo de Espera.

Exclusiones

Este seguro no cubre la muerte del Asegurado causada por:

1. **Cualquier intento de suicidio o lesiones o mutilaciones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
2. **Cualquier acto de guerra, declarada o no declarada.**
3. **Accidente en viaje aéreo, a menos que el Asegurado sea miembro de la tripulación o haya pagado la tarifa correspondiente de pasajero y, en ambos casos, se encuentre a bordo de una nave aérea de aerolínea comercial debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
4. **Enfermedad corporal o mental; infecciones, con excepción**

de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico, cuando éste no sea necesario a consecuencia de un Accidente.

5. Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el efecto del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas enervantes o alucinógenas, así como fármacos no prescritos por un Médico, o bien por ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.
6. Participar en riñas siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, o en delitos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
7. Participación del Asegurado como piloto o copiloto, ayudante o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad y resistencia o velocidad, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
8. Práctica de cualquier Deporte Extremo, salvo que se encuentre amparado a través de un Endoso.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (Seguro indemnizatorio saldo deudor)

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Acreditado y/o al Coacreditado, en su caso, lo cual estará estipulado en el Certificado Individual correspondiente.

Descripción de la Cobertura

En caso de que el Asegurado sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará a quien corresponda, en los términos de la cláusula Beneficiarios, siendo el Beneficiario el Contratante hasta por el monto de saldo insoluto del Crédito al momento del siniestro, siempre que esta Cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, a la pérdida total de facultades

o aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha del Alta del Certificado Individual y se vean afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente o Enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar el trabajo o actividad remunerada que realizaba como principal fuente de ingresos al momento de ocurrir el Accidente o Enfermedad de acuerdo a sus habilidades, aptitudes y conocimientos siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un lapso de tiempo mayor al Periodo de Espera.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, se requerirá que ésta no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que éstos no sean accesibles para el Asegurado por virtud de su capacidad económica y que dicha invalidez haya sido continua durante un Periodo de Espera no menor a 6 meses a partir de la fecha en que fue dictaminada.

También se considerará Invalidez Total y Permanente:

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

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

Este beneficio no será aplicable a Créditos concedidos al Asegurado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique un estado de Invalidez Total y Permanente.

Periodo de Espera

La aplicación del beneficio derivado del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado comenzará después de haber transcurrido el periodo definido en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y posteriores a que haya ocurrido el Evento que le dio origen, siempre y cuando el estado de Invalidez Total y Permanente prevalezca. En caso de no estipularse en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, el Periodo de Espera será de 6 meses. **En caso de invalidez total y permanente a consecuencia de un Accidente, no operará el Periodo de Espera señalado.**

Exclusiones

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

- a. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos;
- b. Práctica de cualquier Deporte Extremo, salvo que se encuentre amparado a través de un Endoso;
- c. Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;
- d. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o revolución;
- e. Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional, siempre y cuando éste sea el sujeto activo;
- f. Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo; siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
- g. Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;
- h. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;
- i. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes por Accidentes o Enfermedades ocurridos antes de la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual cuando exista previamente un diagnóstico de que dicho padecimiento o enfermedad va a derivar en una invalidez durante la Vigencia del seguro;

- j. Cualquier Enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); y**
- k. Cualquier intento de suicidio o lesiones o mutilaciones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

FALLECIMIENTO COMPLEMENTARIO

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos, siempre y cuando éstos otorguen su consentimiento para tal efecto.

Descripción de la Cobertura

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, Cónyuge o hijos Asegurados, dentro de la Fecha Efectiva del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada mencionada en el Certificado Individual respectivo para esta Cobertura, a quien corresponda, en los términos de la cláusula Beneficiarios.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará de acuerdo con lo siguiente:

- a. Para menores de edad, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- b. Para mayores de edad, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

Si el fallecimiento del hijo Asegurado ocurre antes de cumplir los 12 años de edad, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada topada a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Opciones de Contratación

A través de esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular y/o Cónyuge, lo cual estará estipulado en el Certificado Individual correspondiente.

Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará al Asegurado, una sola exhibición, la Suma Asegurada estipulada en la carátula o Certificado Individual para esta Cobertura, si se le diagnostica por primera vez Cáncer. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El Diagnóstico de Cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el Periodo de Carencia estipulado en la carátula o el Certificado Individual, contado a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual.
- b. El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el Estudio Histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c. La carátula de la Póliza y el Certificado Individual se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico. **Si el Cáncer se diagnostica durante el Periodo de Carencia estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar la Prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la Cobertura cancelada.**

Dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a aquél en que la Asegurada tenga conocimiento de que el cáncer fue diagnosticado durante el Periodo de Carencia, a la cuenta bancaria que se le haya proporcionado a la Compañía, dando prioridad al medio de pago utilizado para el pago de la Prima.

Una vez pagada la Suma Asegurada de esta Cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a aquél en que la Asegurada tenga conocimiento de que el cáncer fue diagnosticado durante el Periodo de Carencia, a la cuenta bancaria que se le haya proporcionado a la Compañía, dando prioridad al medio de pago utilizado para el pago de la Prima.

CANCELACIÓN

La Cobertura del riesgo prevista en esta Cobertura cesará, para cada Certificado Individual, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Al dar por terminada la Póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b. En el momento en que la Compañía efectúe la indemnización de esta Cobertura.

Exclusiones:

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**

2. Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.
3. Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga el Certificado Individual.
4. Carcinoma "in situ" y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.
5. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
6. Cualquier cáncer preexistente.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

Opciones de Contratación

A través de esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular y/o Cónyuge, lo cual estará estipulado en el Certificado Individual correspondiente.

Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará al Asegurado de sexo femenino una sola vez la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual, si es diagnosticado con un Cáncer Elegible por primera vez.

Para efectos de esta Cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Utero ó Cervix, **cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.**

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El Diagnóstico de Cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el Periodo de Carencia estipulado en el Certificado Individual, contado a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual.
- b. El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Utero ó Cervix.

- c. El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y/o gabinete. La fecha en que se efectúe el Estudio Histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d. La Póliza y/o Certificado Individual se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el Periodo de Carencia estipulado en el Certificado Individual, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado Titular, dentro del plazo de 30 días siguientes a la determinación de la improcedencia de la reclamación, la Prima neta no devengada de esta Cobertura y no será responsable de efectuar otro pago, quedando dicha Cobertura cancelada.

Dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a aquél en que la Asegurada tenga conocimiento de que el cáncer fue diagnosticado durante el Periodo de Carencia, a la cuenta bancaria que se le haya proporcionado a la Compañía, dando prioridad al medio de pago utilizado para el pago de la Prima.

Una vez pagada la Suma Asegurada de esta Cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACIÓN

La Cobertura del riesgo prevista en esta Cobertura cesará, para cada Certificado Individual, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Al dar por terminada la Póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b. A partir del momento en que el Asegurado Titular y/o Beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta Cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás Coberturas contratadas.

Esta Cobertura es excluyente de la Cobertura Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**

2. Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado Titular o que viva en la misma casa del Asegurado Titular.
3. Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga el Certificado Individual.
4. Carcinoma "in situ" y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limitrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica. Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado Titular o que viva en la misma casa del Asegurado Titular.
5. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
6. Cualquier Cáncer no especificado para esta Cobertura.
7. Carcinoma "in situ" y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores Cualquier Cáncer preexistente.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO

Opciones de Contratación

A través de esta Cobertura se podrá asegurar al Titular y/o Cónyuge, lo cual estará estipulado en el Certificado Individual correspondiente.

Descripción de la Cobertura

La Compañía pagará al Asegurado de sexo masculino una sola vez la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual, si es diagnosticado con un Cáncer Elegible diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta Cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los pulmones y en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, **cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.**

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El Diagnóstico de Cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el Periodo de Carencia estipulado en el Certificado Individual, contado a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual.
- b. El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en los pulmones o en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c. El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y/o gabinete. La fecha en que se efectúe el Estudio Histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d. La Póliza y/o Certificado Individual se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el Periodo de Carencia estipulado en el Certificado Individual, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado Titular, dentro del plazo de 30 días siguientes a la determinación de la improcedencia de la reclamación, la Prima neta no devengada de esta Cobertura y no será responsable de efectuar otro pago, quedando dicha Cobertura cancelada.

Dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a aquél en que la Asegurada tenga conocimiento de que el cáncer fue diagnosticado durante el Periodo de Carencia, a la cuenta bancaria que se le haya proporcionado a la Compañía, dando prioridad al medio de pago utilizado para el pago de la Prima.

Una vez pagada la Suma Asegurada de esta Cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Esta Cobertura es excluyente de la Cobertura Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.

CANCELACIÓN

La Cobertura del riesgo prevista en esta Cobertura cesará, para cada Certificado Individual, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Al dar por terminada la Póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b. A partir del momento en que el Asegurado Titular y/o Beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta Cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás Coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de los siguientes Eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- 1. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 2. Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado Titular o que viva en la misma casa del Asegurado Titular.**
- 3. Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la Póliza y/o Certificado Individual.**
- 4. Carcinoma "in situ" y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 5. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 6. Cualquier Cáncer no especificado para esta Cobertura.**
- 7. Cualquier Cáncer preexistente.**

ENFERMEDADES GRAVES

Opciones de Contratación

A través de esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular y/o Cónyuge.

Descripción de la Cobertura

En caso de que el Asegurado sufra de alguna de las siguientes enfermedades o procedimientos descritos en esta Cobertura, por primera vez y durante la Vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía le indemnizará la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

i. Accidente Cerebrovascular.

Corresponde a cualquier incidente cerebrovascular agudo que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia y cuya consecuencia resulte en un déficit neurológico permanente. El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico.

ii. Trasplante de Órganos Mayores.

Es la necesidad de efectuar un trasplante como consecuencia de un daño irreversible de alguno de los siguientes órganos:

1. Corazón.
2. Hígado.
3. Pulmón.
4. Médula ósea.
5. Intestino delgado.
6. Páncreas.

iii. Insuficiencia Renal Crónica.

Corresponde al fallo total e irreversible de ambos riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar regularmente diálisis o hemodiálisis renal o un trasplante de riñón.

iv. Parálisis Total.

Es la pérdida funcional (de uso) completa de al menos dos brazos o dos piernas o un brazo y una pierna, es decir, al menos dos extremidades completas, como consecuencia de parálisis. La pérdida funcional debe haberse presentado en forma continua y permanente por un periodo no inferior a 180 días a partir de la fecha en que se presentó inicialmente la parálisis. Dicha parálisis debe tener el carácter de irreversible y ser confirmada por un neurólogo. La Parálisis Total puede ser a consecuencia de una enfermedad o Accidente.



v. Infarto al Miocardio.

Es la muerte de una porción del músculo del corazón (miocardio) como resultado de la interrupción súbita de flujo de sangre adecuado.

El diagnóstico deberá ser emitido por un Médico especialista en cardiología y ser confirmado en los siguientes 30 días de haberse emitido el diagnóstico inicial, además deberá estar basado en los siguientes elementos:

- a). Dolor de pecho típico.
- b). Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, apariciones de onda Q patológica en dos o más derivaciones o inversión de la onda T.
- c). Elevación de enzimas cardíacas (troponinas).

vi. Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria o Cirugía de Bypass

Cirugía de corazón abierto recomendado por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieren la colocación de al menos dos injertos o puentes (bypass).

vii. Esclerosis Múltiple.

Enfermedad inflamatoria caracterizada por la aparición de lesiones desmielinizantes crónicas en el sistema nervioso central, confirmada con técnicas modernas de imágenes, en la que se presente un deterioro funcional con un puntaje de 3 a 4.5 en la escala expandida de discapacidad de Kurtzke.

viii. Estado de Coma.

Diagnóstico definitivo confirmado por un neurólogo, de estado de inconsciencia sin reacción ni respuesta a estímulos externos o necesidades internas que resulta en una puntuación de 8 o menos en la escala de coma de Glasgow de por lo menos 96 horas de duración y que produzca déficit neurológico permanente que debe evaluarse por lo menos 30 días después del inicio del coma. Durante todo el periodo de pérdida de la conciencia es necesario que se haya requerido cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

Si la Enfermedad Grave se diagnostica durante el Periodo de Carencia, esta enfermedad no será objeto de Cobertura de este Contrato de Seguro.

Será necesario que:

- i. El diagnóstico y/o manifestación de la enfermedad se haya efectuado por primera vez dentro de la Vigencia de la Póliza y después de finalizado un Periodo de Carencia indicado en la carátula de la Póliza o Certificado Individual, contado a partir del inicio de Vigencia.
- ii. El diagnóstico sea certificado por escrito por un Médico especialista de acuerdo con cada patología cubierta, certificado por el consejo de la especialidad correspondiente y autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.
- iii. El diagnóstico debe ser confirmado por clínica, radiología, histología y/o de laboratorio o imagen.
- iv. Que sobreviva al menos 30 días después de la fecha del diagnóstico o procedimiento.
- v. Se debe de tener en cuenta que la indemnización de este seguro no es acumulable. Es decir, se paga al primer Evento ocurrido.

Esta Cobertura quedará cancelada cuando la Compañía indemnice algún siniestro que afecte la misma.

Exclusiones

Queda excluida la Cobertura de Enfermedades Graves cuando los Eventos cubiertos sean a consecuencia de:

- i. **Enfermedades a consecuencia de intento de suicidio, lesiones auto-inflingidas, aun cuando se encuentre en estado de inconciencia o enajenación mental, así como trastornos psicológicos.**
- ii. **Padecimientos congénitos.**
- iii. **Enfermedades Preexistentes.**
- iv. **Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la Cobertura de Enfermedades Graves.**
- v. **Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.**
- vi. **Cualquier enfermedad o procedimiento derivado del abuso de alcohol o del uso de sustancias o drogas no prescritas por un Médico.**

vii. Desarrollo de tumores o cualquier tipo de Cáncer en presencia del Virus de inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

Exclusiones para Accidente Cerebrovascular.

- i. Enfermedades cerebrovasculares transitorias isquémicas.
- ii. Lesiones traumáticas de tejido cerebral o vasos sanguíneos.
- iii. Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.

Exclusiones para Trasplante de Órganos Mayores.

- i. Trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas).
- ii. El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea o la piel).
- iii. Cualquier trasplante en calidad de donante.

Exclusiones para Insuficiencia Renal Crónica.

- i. Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal.

Exclusiones para Parálisis Total.

- i. Parálisis debida al Síndrome de Guillain Barre.
- ii. Parálisis periódica o hereditaria.

Exclusiones para Infarto al Miocardio.

- i. Infarto de miocardio silente y otros síndromes coronarios agudos, por ejemplo, angina de pecho estable o inestable.
- ii. Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas.
- iii. Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causado por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.

Exclusiones para Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria.

- i. La angioplastia con balón y laser y el implante de stent.

- ii. **Cualquier otra intervención intra-arterial.**
- iii. **El Asegurado previo al inicio de la Vigencia de esta Póliza haya sido sometido a una Cirugía Coronaria, en la misma o en otra arteria coronaria distinta.**

Exclusiones para Esclerosis Múltiple.

- i. **Esclerosis Múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos, pero no confirmatorios de diagnóstico de la Esclerosis Múltiple.**
- ii. **Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas.**

Exclusiones para Estado de Coma.

- i. **Estado de Coma provocado por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un Médico.**

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Titular y Cónyuge.

Descripción de la Cobertura

Si a consecuencia directa de una enfermedad o Accidente no excluidos en la presente Póliza el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que haya transcurrido el periodo de deducible pactado, la Suma Asegurada diaria establecida en la carátula de la Póliza hasta por el número máximo de días estipulado en la misma. El periodo de deducible empezará a contar a partir de la fecha del primer ingreso al hospital.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente al máximo número de días de Hospitalización contratados con esta Cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Para el caso de enfermedad, se aplica el Periodo de Espera establecido en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular y Cónyuge.

Descripción de la Cobertura

Si a consecuencia directa de un Accidente no excluido en la presente Póliza el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que haya transcurrido el periodo de deducible pactado, la Suma Asegurada diaria establecida en la carátula de la Póliza hasta por el número máximo de días estipulado en la misma. El periodo de deducible empezará a contar a partir de la fecha del primer ingreso al hospital.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente al máximo número de días de Hospitalización contratados con esta Cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Esta Cobertura es excluyente de la Cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad.

Exclusiones para las Coberturas de INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION:

Queda excluida esta Cobertura cuando la hospitalización sea a consecuencia de:

- i. Suicidio, intento de suicidio o lesiones que el Asegurado se haya provocado intencionalmente estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- ii. Intoxicaciones siempre y cuando no sean accidentales**
- iii. Lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier clase.**
- iv. El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación.**
- v. Guerra, revolución, rebelión, sedición, asonada, o actos violentos por conmoción social, o por aplicación de la ley marcial; prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.**
- vi. Fisión o fusión nuclear o radioactiva.**
- vii. Enfermedades congénitas o lesiones y defectos físicos.**
- viii. Cirugía estética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo las de tipo reconstructivo por Accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza.**

- ix. Tratamiento por alcoholismo o por adicción a las drogas.
- x. Tratamiento y/o enfermedad relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- xi. Curas de reposo y desórdenes mentales y nerviosos.
- xii. Esterilización y tratamientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos, tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.
- xiii. Enfermedades Preexistentes.

PERDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

Opciones de Contratación

Para esta Cobertura se podrá asegurar al Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos.

Descripción de la Cobertura

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Indemnizaciones, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura según la escala contratada.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

Por la pérdida de:	Escala "A"	Escala "B"
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	-	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	-	25%

El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	-	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	-	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	-	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	-	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	-	6%
Cualquier dedo del pie	-	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

Por pérdida de la mano: la mutilación o anquilosamiento total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);

Por pérdida del pie: la mutilación completa o anquilosamiento total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (a nivel del tobillo o arriba de él);

Por pérdida de los dedos: la mutilación o anquilosamiento total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);

En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para esta cobertura.

Exclusiones para la Cobertura de PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE:

- a. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos;**
- b. Práctica de cualquier Deporte Extremo, salvo que se encuentre amparado a través de un Endoso;**
- c. Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales;**

- d. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o revolución;
- e. Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional, siempre y cuando éste sea el sujeto activo;
- f. Lesiones sufridas por el Asegurado derivadas de su participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo; siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
- g. Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;
- h. Cualquier intento de suicidio o lesiones o mutilaciones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la Solicitud de Seguro, la carátula de la Póliza, los Certificados Individuales, las cláusulas adicionales, las condiciones generales, el registro de asegurados y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía. Bajo el mismo quedarán amparados todos los Asegurados que integren el Grupo Asegurado.

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 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la Vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza. Tratándose de la Vigencia de los certificados individuales, la Vigencia se especificará en cada uno de ellos.

3. Modificaciones al contrato

Las condiciones de este contrato sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante Endoso o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

4. Duplicado de la Póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza, el Contratante, podrá obtener un duplicado de la Póliza original el cual sustituirá a la Póliza original. Asimismo, tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas por los Asegurados para la celebración del Contrato de Seguro. En ambos casos los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

5. Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse por escrito a la Compañía, en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurados se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

En todos los casos en que la dirección de una de las partes cambie, deberá comunicar a la otra parte la nueva dirección en la República Mexicana para todas las declaraciones o comunicaciones que deban enviarse.

6. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- a. En cinco años, tratándose de la Cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de consultas y reclamaciones de la Compañía exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas, conforme a lo dispuesto por el Artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se harán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago.

8. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y/o los Asegurados que se den de alta después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se les pregunten, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en caso de que el Contratante, Asegurado o el representante de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro.

9. Indisputabilidad

Este Contrato de Seguro será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión y por lo que hace a cada Asegurado a partir del inicio de Vigencia del Certificado Individual correspondiente o de su última rehabilitación, entendiéndose por esto que la Compañía renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisas, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración del Contrato de Seguro.

Tratándose de incrementos de la Suma Asegurada no programados o de la inclusión de nuevas Coberturas, dicho período correrá a partir de que éstos se hayan otorgado.

10. Edades de admisión y renovación

Las edades de aceptación y cancelación para este Seguro se encuentran señaladas en la carátula de la Póliza y Certificado Individual correspondiente, en caso de no indicarse las edades aplicables serán:

Cobertura	Titular/Acreditado	Coacreditado/ Cónyuge	Hijos
INDEMNIZACIÓN SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	N/A
GASTOS FUNERARIOS FAMILIAR	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	Recién nacido hasta 24 años. Cancelación a los 25 años.
MUERTE ACCIDENTAL	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	Recién nacido hasta 24 años. Cancelación a los 25 años.
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	18 a 64 años. Cancelación a los 65 años.	18 a 64 años. Cancelación a los 65 años.	N/A
FALLECIMIENTO COMPLEMENTARIO	N/A	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	Recién nacido hasta 24 años. Cancelación a los 25 años.
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
ENFERMEDADES GRAVES	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	18 a 75 años. Cancelación a los 76 años.	N/A
PERDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.	18 a 85 años. Cancelación a los 86 años.

11. Inexacta declaración de Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad de algún Asegurado, se procederá de la siguiente forma:

La Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la Edad real del Asegurado al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, el seguro será rescindido y la Compañía reintegrará al Contratante la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.

Si la Edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o Consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- V. Para los cálculos arriba señalados, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para los Asegurados que ya la hayan comprobado.

12. Prima

La Prima total del Grupo Asegurado, así como las Primas que corresponden a cada

integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas 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 Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, Suma Asegurada de las Coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la Prima por devengar que corresponda a su edad (si es tarificación individualizada) o la del grupo global, según sea el caso, en el mismo plan pero a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del Contrato.

13. Forma de pago

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de tiempo de igual duración, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento que corresponda.

La Prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado.

En caso de alta de un Asegurado, la Compañía cobrará al Contratante, una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro en curso.

La Prima deberá ser cubierta en el domicilio de la Compañía indicado en la carátula de la Póliza, no obstante, lo anterior, el Contratante podrá optar por realizar el pago de la Prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la institución financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago. En caso de que el pago de la Prima se realice a través del agente de seguros, éste sólo podrá cobrar Primas contra el recibo oficial expedido por la Compañía. Las Primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por la Compañía.

14. Periodo de Gracia

El Contratante gozará de un Periodo de Gracia de treinta días naturales, contados a partir del vencimiento del periodo pactado, para liquidar el total de la Prima o la

fracción de ella. A las doce horas del último día del Periodo de Gracia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o la fracción pactada, sin necesidad de notificación o declaración judicial.

15. 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.

16. Residencia

Únicamente estarán amparados en este contrato los Asegurados que tengan su residencia permanente en la República Mexicana.

En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de tres meses continuos deberá informarlo a la Compañía.

17. Renovación

La Compañía renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplicarán las Primas que se encuentren en vigor a la fecha de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las Primas que aplicarán en cada renovación.

La solicitud deberá ser presentada a la Compañía con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la Vigencia de la Póliza activa.

Se considera fuera de la Cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para esta Póliza.

18. Terminación anticipada

No obstante el término de Vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente por el Contratante mediante notificación por escrito, en cuyo caso el Contratante tendrán derecho a la devolución de la Prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, previa disminución del costo de adquisición total pagado por la Compañía por la intermediación de este seguro.



Dicha devolución se hará en un plazo de treinta días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, en este caso, el Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Contratante para el pago de la Prima.

19. Rehabilitación

En caso de que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta días siguientes al último día del Periodo de Gracia, la cual estará sujeta a la revisión y aceptación de la Compañía y conforme a las siguientes condiciones:

Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato, es necesario que el Contratante o Asegurado cubra la Prima del periodo en descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo de seguro, así como la Prima que esté vencida de tal forma que se ponga al corriente con el pago de la Póliza.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro, desde las 12:00 horas de la fecha de pago.

Esta Póliza no podrá ser rehabilitada más de dos ocasiones dentro de un mismo periodo de seguro.

En ningún caso, la Compañía cubrirá los siniestros ocurridos durante el periodo entre la fecha en que este contrato hubiere cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

20. Alta de Asegurados

(Artículo 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Las personas que ingresen al Grupo Asegurado 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, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado 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, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán 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, contará 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."

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurable dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos, y pagar la Prima que corresponda.

21. Baja de Asegurados

(Artículo 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

"Las personas que se separen definitivamente del Grupo, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado deberá ser por escrito y firmada por el Contratante con un máximo de treinta días naturales posteriores a la Fecha Efectiva de la baja.

La devolución se hará en un plazo de treinta días contado a partir de la fecha en que surta efecto la baja, en este caso, el Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Contratante para el pago de la Prima.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

22. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de Asegurados, el cual contendrá los siguientes datos:

- Nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del Grupo.
- Suma Asegurada o regla para determinarla.
- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo y fecha de terminación de los mismos.
- Número del Certificado Individual.
- Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

El incumplimiento por parte del Contratante, sobre la entrega a la Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato de la baja de algún Asegurado, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente.

23. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el Consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación a dicho Grupo.

24. Beneficiarios

El Asegurado podrá designar libremente a sus Beneficiarios, quienes en caso de existir remanente de la Suma Asegurada de las Coberturas Indemnización Saldo Deudor por Fallecimiento, e Invalidez Total y Permanente, una vez que se haya pagado al Contratante, tendrán derecho a la indemnización por dicho remanente.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Advertencia

“En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se 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.”

25. Obligaciones del Contratante

El Contratante, durante la Vigencia de este contrato, tiene las siguientes obligaciones:

- a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los treinta días naturales siguientes, en dicha comunicación deberá informar a la Compañía por lo menos el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada.
- b. Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta días naturales siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna Extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de treinta días naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la Compañía los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

26. Certificados Individuales

La Compañía deberá expedir y entregar un Certificado Individual para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado. La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los Certificados Individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- a. Proporcionando al Contratante los Certificados Individuales para su entrega a los Asegurados.
- b. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

La Compañía y el Contratante convienen en que éste entregará a cada uno de los miembros del Grupo Asegurado los Certificados Individuales correspondientes, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones derivados de este contrato, incluyendo estas Condiciones Generales.

No obstante, lo anterior, el Asegurado puede solicitar a la Compañía la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviada la documentación (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía la enviará dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la solicitud.

27. Sistema de administración

En caso de que la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de esta Póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indicará en la carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Compañía le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Compañía acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de este seguros.

Así mismo y conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los clientes y/o Asegurados que formen parte del Grupo de que se trate, y ponerlos a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

28. Cambio por Riesgo

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento correspondiente, referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados.

Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede ajustar la Prima correspondiente.

29. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la Vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado Individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa

y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado.

30. Trámite de reclamaciones

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario le proporcione por escrito o en los casos que se requiera mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario. Dicho pago se realizará dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del saldo insoluto del seguro hasta el monto de la Suma Asegurada.

31. Comprobación del siniestro

A continuación se enlistan los documentos que se deberán presentar para la solicitud de pago de Suma Asegurada, de acuerdo al tipo de Cobertura:

Indemnización Saldo Deudor por Fallecimiento

1. Original o copia certificada del Acta de Defunción.
2. Acta de matrimonio (en caso de que el Cónyuge sea el Beneficiario).
3. Original o copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuviesen.
4. Original o copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
5. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
6. Original o copia del Certificado de Seguro, si lo tuviesen.
7. Original o copia del último estado de cuenta que compruebe el saldo de la deuda.

Gastos Funerarios Familiar

1. Original o copia certificada del Acta de Defunción.
2. Original o copia de identificación oficial del Asegurado si la tuviesen.
3. Original o copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
5. Original o copia del Certificado de Seguro, si lo tuviesen.
6. En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno(s) de los familiares o dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco

Muerte Accidental

1. Original o copia certificada del Acta de Defunción.
2. Original o copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuviesen.
3. Original o copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
5. Original o copia del Certificado de Seguro, si lo tuviesen.
6. Copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.
7. En caso de reclamar la indemnización de alguno(s) de los familiares o dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

Fallecimiento Complementario

1. Original del Acta de Defunción del Asegurado.
2. Original o copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuviesen.
3. Original o copia del Certificado de Seguro, si lo tuviesen.
4. Actuaciones del ministerio público o autoridades competentes en caso de Accidente.
5. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses
6. En caso de reclamar la indemnización de alguno(s) de los familiares o dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

Para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Masculino, Enfermedades Graves, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente:

1. Copia de identificación oficial del Asegurado.
2. Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a 3 meses.
3. Original del dictamen de Invalidez Total y Permanente, en su caso
4. Diagnóstico de la enfermedad grave o Cáncer hecho por Médico especialista o institución de salud pública, en su caso.
5. Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete.
6. En caso de que el Evento haya sido a consecuencia de un Accidente, además deberá presentar copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.
7. En caso de reclamar la indemnización del Cónyuge, documento con el cual lo acredite.

Solo en aquellos casos en que no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La recepción de la documentación presentada por parte de la Compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

32. Impuesto

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda; la Compañía únicamente retendrá aquellas cantidades que en su caso se establezcan en la legislación fiscal que se encuentre en vigor al momento de efectuar el pago por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro.

33. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con su obligación de pago dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones solicitados por ésta, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, pagará un interés moratorio calculado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

34. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones. 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 cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

35. Acuerdo de arbitraje médico

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si la

enfermedad y/o padecimiento que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de un Padecimiento Preexistente. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo al procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

36. Comisiones y compensaciones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

37. Participación de utilidades

El presente contrato de seguro no otorga participación de utilidades por siniestralidad favorable también conocida como dividendos, lo cual estará estipulado en la carátula de la Póliza.

38. Entrega de documentación contractual

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al Contratante en papel impreso, salvo previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante para su entrega en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea.

39. Uso de medios electrónicos

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

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx

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

40. Terminación del Contrato a través de medios electrónicos

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

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

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

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

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

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

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba dentro de los treinta días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, a fin de que opte por un

medio alterno para recibir dicha documentación. La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los treinta días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el Contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

Usted tiene acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (Condusef), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.gob.mx/condusef

42. Marco legal

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS

FINANCEROS

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

CODIGO PENAL FEDERAL

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL

SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n211.pdf>

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 07 de diciembre de 2021, con el número CNSF-S0010-0326-2021/CONDUSEF-004982-03.

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.