

SEGUROS

sura 



Condiciones
Generales

Plan Vida Empresarial

Vida Grupo experiencia
global sin dividendos

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. y en carácter de sociedad fusionante de Seguros de Vida Sura México S.A. de C.V.) también conocida como SURA, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, 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 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 con fines de registro, control y seguridad.

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. Terceros nacionales o extranjeros, cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar por SURA y un tercero en su interés y para cumplir con las finalidades contempladas en el presente Aviso de Privacidad.
3. Terceros nacionales o extranjeros, cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de la relación jurídica entre usted y SURA.
4. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
5. A cualquier Autoridad del orden Federal, Estatal y/o Municipal, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación aplicable.
6. 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@segurossura.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 facilitarle 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: octubre 2022.

CONTENIDO

I. Definiciones	9
1. Asegurado o Integrante	9
2. Beneficiario	9
3. Certificado Individual	9
4. Compañía	9
5. Consentimiento	9
6. Contratante	9
7. Cónyuge	10
8. Desempeño Habitual de la Actividad Laboral	10
9. Empresa de Servicios	10
10. Endoso	10
11. Enfermedad Grave	10
12. Enfermedad Preexistente	10
13. Grupo Asegurable	11
14. Grupo Asegurado	11
15. Hijos	11
16. Inicio de Cobertura	11
17. Periodo de Espera	11
18. Plan de Seguro	11
19. Póliza o Contrato de Seguro	11
20. Prima	13
21. Siniestro	13
22. Suma Asegurada	13
23. Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)	13
24. Suma Asegurada Excedente	13
25. Subgrupo	13
26. UMA	13
27. Vigencia	14
II. Cobertura básica	14
1. Fallecimiento	14
III. Cobertura básica opcional	14
1. Coberturas de gastos funerarios	14
a. Descripción de la cobertura	14
b. Modalidades de contratación	14
c. Cancelación	15
IV. Coberturas adicionales	15
1. Coberturas por Invalidez Total y Permanente	15
a. Definición de Invalidez Total y Permanente	15
b. Coberturas	16



c. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	16
d. Cancelación automática	17
2. Coberturas por Accidentes	17
a. Definición de Accidente	17
b. Definición de Accidente Colectivo	18
c. Definición de Pérdida Orgánica	18
d. Tabla de indemnización para Pérdidas Orgánicas	19
e. Coberturas	19
f. Cancelación automática	20
3. Cobertura de enfermedades y eventos graves	21
4. Cobertura de indemnización diaria por hospitalización	28

V. Exclusiones 31

VI. Servicios de asistencias 32

1. Servicios de asistencia médica	33
2. Servicio de asistencia funeraria	34
3. Exclusiones	35
4. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia	36

VII. Cláusulas generales 36

1. Designación de Beneficiarios	36
2. Pago de la Prima	37
3. Moneda	37
4. Rectificación de la Póliza	38
5. Disputabilidad	38
6. Omisiones o inexactas declaraciones	38
7. Modificaciones y notificaciones	39
8. Agravación del riesgo	39
9. Rehabilitación	40
10. Suicidio	41
11. Edad	41
12. Arbitraje en caso de Preexistencia	42
13. Intereses moratorios	43
14. Régimen fiscal	43
15. Prescripción	43
16. Competencia	44
17. Terminación del Contrato de Seguro	44
18. Intermediación o revelación de comisiones	44
19. Renovación	45
20. Terminación anticipada del Contrato de Seguro	45
21. Aviso de Siniestro o reclamación	46
22. Entrega de documentación contractual	49



23. Uso de medios electrónicos	49
24. Terminación del Contrato de Seguro a través de medios electrónicos	49
25. Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos	50
26. Obligaciones del Contratante	50
27. Cambio de Contratante	51
28. Ingreso de Asegurados	52
29. Registro de Asegurados	52
30. Alta de Asegurados	52
31. Baja de Asegurados	53
32. Derecho a seguro individual por seguro de prestación laboral	53
33. Tipo de administración	54

VIII. Marco legal **58**





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.

1. Asegurado o Integrante

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado que otorguen su consentimiento para ser Asegurados y que gozan de los beneficios por los riesgos amparados por la Póliza que se encuentren indicados en la carátula de ésta y/o en el Certificado Individual.

a. Asegurado Titular.

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

b. Asegurado Adicional.

Es aquel Asegurado cuya protección se otorga derivado de su relación de parentesco con el Asegurado Titular al que se vincula pudiendo ser Cónyuge y/o sus Hijos por lo que requiere de la existencia del Asegurado Titular.

2. Beneficiario

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

3. Certificado Individual

Documento emitido por la Compañía en el que constan los datos que identifican a cada Asegurado, las coberturas contratadas, Sumas Aseguradas, y Beneficiarios.

4. Compañía

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

5. Consentimiento

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

6. Contratante

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



7. Cónyuge

Es la persona con la que se celebra matrimonio civil. También se entenderá como Cónyuge al concubinario, concubina(o) o conviviente que lo sea en los términos de la ley. El Cónyuge, al ser incluido en el Certificado Individual del Asegurado Titular, se le otorga el carácter de Asegurado Adicional.

8. Desempeño Habitual de la Actividad Laboral

La realización de las actividades para las que un trabajador fue contratado, cumpliendo con los términos establecidos en el contrato de trabajo y siendo el trabajador la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

Se considera que el Desempeño Habitual de la Actividad Laboral incluye el traslado ininterrumpido del trabajador de su domicilio al centro de trabajo y del centro de trabajo a su domicilio.

9. Empresa de Servicios

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

10. Endoso

Documento que forma parte de la Póliza, que previo acuerdo entre las partes, modifica y/o adiciona condiciones específicas a las condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un Endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contrapongan.

11. Enfermedad Grave

Aquella que, debido a su alcance y síntomas, supone un riesgo serio para la salud y/o la vida de la persona que la padece, por lo que, requiere de una atención médica específica y urgente, para su contención e intento de recuperación.

12. Enfermedad Preexistente

Aquella que con anterioridad a la contratación de este seguro cumpla con alguna de las siguientes situaciones:

- a. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro se haya declarado la existencia de dicha enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier



- otro medio reconocido de diagnóstico.
- b. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
 - c. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

13. Grupo Asegurable

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

14. Grupo Asegurado

Los Integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos establecidos para ser Asegurados y que dieron su Consentimiento expreso para ello.

15. Hijos

Son la descendencia del Asegurado Titular y/o del Cónyuge, ya sea de manera natural o por vía de la adopción legal, de manera que dicha paternidad conste en el acta de nacimiento de los Hijos, o en el acta de adopción, en su caso.

16. Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado o Beneficiario tiene derecho a los beneficios del Contrato de Seguro y se encuentra estipulada en el Certificado Individual.

17. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza o cobertura, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

18. Plan de Seguro

Paquete adquirido por el Contratante en el que se incluyen la cobertura básica, coberturas adicionales y/o Endosos elegidos para el grupo en particular.

19. Póliza o Contrato de Seguro

Documentación mediante la cual constan los derechos y obligaciones de





cada una de las partes. El Contrato de Seguro o Póliza está constituido por la solicitud de aseguramiento, caratula de la Póliza, registro de Asegurados, Consentimientos y Certificados Individuales, condiciones generales, cláusulas y Endosos que se agreguen. Estos documentos constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

20. Prima

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

21. Siniestro

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

22. Suma Asegurada

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

23. Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Límite Máximo de Suma Asegurada aplicable para cada Asegurado sin que tenga que presentar una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro de Grupo. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la SAMI, la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad, como lo son el llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la evaluación del riesgo.

24. Suma Asegurada Excedente

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

25. Subgrupo

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

26. UMA

Unidad de medida de 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.

27. Vigencia

Periodo durante el cual las coberturas contratadas amparan al Asegurado, las cuales se encuentran indicadas en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Los Certificados Individuales de quienes desde el inicio del vigor del Contrato de Seguro formen parte del Grupo Asegurado, entrarán en vigor desde la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza, y para los de ingreso posterior de conformidad a lo estipulado en la cláusula denominada alta de Asegurados.

II. Cobertura básica

1. Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada.

III. Cobertura básica opcional

1. Coberturas de gastos funerarios

En caso de encontrarse como amparadas en la carátula de la Póliza o Endoso correspondiente, la Compañía otorga las siguientes coberturas:

a. Descripción de la cobertura

Si el Asegurado Titular y/o los Asegurados Adicionales incluidos en el Certificado Individual correspondiente fallecen dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

b. Modalidades de contratación.

- i. Gastos funerarios del Asegurado Titular.
- ii. Gastos funerarios del Cónyuge.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Cónyuge asegurado dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura

Esta cobertura podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para su Cónyuge,



siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura, por lo que no será necesario que el Cónyuge asegurado otorgue su consentimiento. **En este caso, este seguro recíproco es excluyente con el seguro recíproco de la cobertura de Gastos Funerarios de Hijos.**

iii. Gastos funerarios de Hijos.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Hijos asegurados dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios designados.

En el caso de menores de doce años, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada la cual no podrá ser mayor a 10 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

Esta modalidad podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para un Hijo mayor de edad, sin que sea necesario su consentimiento, siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura. **En este caso, este seguro recíproco es excluyente con el seguro recíproco de la cobertura de Gastos Funerarios del Cónyuge.**

c. Cancelación

Esta cobertura se cancela para cada Asegurado en la fecha de renovación en la que su edad se encuentre fuera de las edades de aceptación establecidas para esta cobertura para el Grupo Asegurado de que se trate, sin necesidad de comunicación por parte de la Compañía.

IV. Coberturas adicionales

En el caso de estar amparadas estas coberturas adicionales, se indicarán en la carátula de la Póliza, Certificado Individual y/o Endoso correspondiente.

1. Coberturas por Invalidez Total y Permanente

a. Definición de Invalidez Total y Permanente

Es la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona derivado de un Accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el Desempeño Habitual de la Actividad Laboral una remuneración superior al 50% de sus ingresos comprobables percibidos de acuerdo con sus habilidades, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.



Para 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.

También se considera Invalidez Total y Permanente la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo, o de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de la presente cobertura se entenderá:

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

b. Coberturas

i. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente.

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

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía mantendrá en vigor la cobertura de fallecimiento sin más pago de Primas, con la Suma Asegurada correspondiente a la fecha en que se haya declarado la Invalidez Total y Permanente al Asegurado a causa de una enfermedad o Accidente, esta cobertura aplica a partir de la fecha en que sea dictaminada la Invalidez Total y Permanente y se mantendrá durante la Vigencia contratada.

c. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A efecto de comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente, el



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

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

d. Cancelación automática

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

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para estas coberturas para el Grupo Asegurado en la carátula de la Póliza o Endoso correspondiente. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- ii. Al término de la Vigencia del Contrato de Seguro.
- iii. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

2. Coberturas por Accidentes

a. Definición de Accidente

Se considera Accidente al acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado. **No se considera Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.**



b. Definición de Accidente Colectivo

Se entenderá por Accidente Colectivo:

- i. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular.
- ii. Aquel Accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, **con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares.**
- iii. Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

c. Definición de Pérdida Orgánica

Se entenderá por:

- i. Pérdida de una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- ii. Pérdida de un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- iii. Pérdida de un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- iv. Pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.
- v. Pérdida de ambos oídos, la sordera o pérdida completa y definitiva de la audición.



d. Tabla de indemnización para Pérdidas Orgánicas

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

e. Coberturas

i. Cobertura de muerte accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado fallece dentro de los 90 días siguientes a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando el fallecimiento se suscite dentro de la Vigencia de la Póliza. El pago que proceda para esta cobertura es adicional e independiente al de la cobertura de fallecimiento.



ii. Cobertura de Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada de acuerdo con la tabla de indemnización contratada y especificada en la carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, si el Asegurado sufre alguna de las Pérdidas Orgánicas descritas en la tabla de indemnización de Pérdidas Orgánicas dentro de los 90 días siguientes a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando tales Pérdidas Orgánicas se susciten dentro de la Vigencia de la Póliza.

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

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

iii. Cobertura de muerte accidental colectiva

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado fallece dentro de los 90 días siguientes a consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando el fallecimiento se suscite dentro de la Vigencia de la Póliza. El pago que proceda para esta cobertura es adicional e independiente al de la cobertura de fallecimiento. En caso de que se tengan contratadas las coberturas de muerte accidental y muerte accidental colectiva y el Asegurado fallezca a consecuencia de un Accidente Colectivo, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a ambas coberturas.

f. Cancelación automática

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

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión para esta cobertura en esta Póliza indicadas en la carátula de la Póliza o Endoso correspondiente. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- ii. Al término de la Vigencia del Contrato de Seguro.
- iii. La cobertura de Pérdidas Orgánicas, en el momento en que por



una o más reclamaciones de Pérdidas Orgánicas, se pague el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3. Cobertura de enfermedades y eventos graves

a. Descripción de la cobertura

En caso de que durante la Vigencia del Certificado Individual el Asegurado Titular sea diagnosticado por primera vez con alguna de las enfermedades o eventos descritos más adelante, la Compañía le indemnizará la Suma Asegurada contratada y estipulada en el Certificado Individual.

- i. Cáncer.
- ii. Accidente Cerebrovascular.
- iii. Trasplante de Órganos Mayores.
- iv. Insuficiencia Renal Crónica.
- v. Parálisis Total.
- vi. Infarto al Miocardio.
- vii. Esclerosis Múltiple.
- viii. Estado de Coma.
- ix. Quemaduras.

Si la enfermedad grave se diagnostica durante el Periodo de Espera, esta enfermedad no será objeto de cobertura de este Contrato de Seguro.

Al efecto será necesario que:

- i. El primer diagnóstico y/o manifestación de la enfermedad o evento se dé después de finalizado un Periodo de Espera de 90 días, contado a partir del inicio de Vigencia del Certificado Individual, o de su última rehabilitación, a excepción de las quemaduras, las cuales no contarán con Periodo de Espera.
- 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 estudios de laboratorio o imagen. En caso de quemaduras se requiere expediente clínico.





b. Cancelación

Esta cobertura se cancelará sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión para esta cobertura en esta Póliza. Al cesar el derecho a esta cobertura se suspenderá el pago de la Prima correspondiente.
- ii. Al término de la Vigencia del Contrato de Seguro.
- iii. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada al Asegurado por la cobertura de enfermedades graves por el primer evento ocurrido.

c. Definiciones

i. Cáncer

Presencia de un tumor maligno, diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por un incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis.

Exclusiones para Cáncer.

- 1. Carcinoma in situ, displasia cervical, lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG), lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG), así como todas las lesiones premalignas y Cánceres no invasivos.**
- 2. Cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason igual o superior a 7 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.**
- 3. Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio B de Binet.**
- 4. Tumores y Cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno invasivo), carcinomas no invasivos (in situ), todos aquellos tumores localizados que no sean invasivos o que solo muestren cambios malignos en estadios tempranos. Tampoco tendrá cobertura el linfoma cutáneo.**
- 5. Cáncer papilar de tiroides histológicamente descrito como T1N0M0 y T2N0M0.**



- 6. Gammapatía monoclonal de significado indeterminado y policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.**
- 7. Linfoma MALT gástrico.** Tampoco ningún tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el manual de estadificación del Cáncer de la American Joint Committee On Cancer (AJCC), séptima edición (2010).
- 8. Desarrollo de tumores o cualquier tipo de Cáncer en presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
- 9. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**

ii. 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.

Exclusiones para Accidente Cerebrovascular:

- 1. Enfermedades cerebrovasculares transitorias isquémicas.**
- 2. Lesiones traumáticas de tejido cerebral o vasos sanguíneos.**
- 3. Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- 4. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**

iii. 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.



Exclusiones para Trasplante de Órganos Mayores.

- 1. Trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas).**
- 2. El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea o la piel).**
- 3. Cualquier trasplante en calidad de donante.**
- 4. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**

iv. 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.

Exclusiones para Insuficiencia Renal Crónica.

- 1. Insuficiencia renal aguda reversible hasta fase II con diálisis renal temporal o hemodiálisis temporal.**
- 2. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**

v. 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.

Exclusiones para Parálisis Total.

- 1. Parálisis debida al Síndrome de Guillain Barre.**
- 2. Parálisis periódica o hereditaria.**
- 3. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**



vi. 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:

1. Dolor de pecho típico.
2. 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.
3. Elevación de enzimas cardíacas (troponinas).

Exclusiones para Infarto al Miocardio.

- 1. Infarto de miocardio silente y otros síndromes coronarios agudos, por ejemplo, angina de pecho estable o inestable.**
- 2. Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas.**
- 3. Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causado por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.**
- 4. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.**

vii. Esclerosis Múltiple

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

Exclusiones para Esclerosis Múltiple.

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



3. Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.

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 estado de coma. Durante todo el periodo de pérdida de la conciencia es necesario que se haya requerido cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

Exclusiones para Estado de Coma.

Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.

ix. Quemaduras

Lesión de la piel o de otros tejidos corporales causada por el calor, o debido a la radiación, radioactividad, electricidad, fricción o contacto con químicos.

Las quemaduras se clasifican por la extensión de las lesiones y para medir el porcentaje de la superficie corporal quemada se utiliza la regla de los 9 (para adultos) y la cartilla de Lund-Browder (para niños menores de 10 años),

Para efectos de este Contrato de Seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada cuando la quemadura abarque por lo menos el 20% del área de superficie corporal.

Exclusiones para Quemaduras.

Aplican las exclusiones de la cobertura de enfermedades graves.

d. Exclusiones para enfermedades graves

Queda excluida la cobertura de enfermedades graves cuando los eventos cubiertos sean a consecuencia de:

i. Enfermedades a consecuencia de intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, aun cuando se encuentre en estado de inconsciencia 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. Tratamientos experimentales o en fase de investigación.

vi. Cualquier enfermedad o procedimiento derivado del abuso de alcohol o del uso de sustancias o drogas no prescritas por un médico.

vii. Actos de guerra o rebelión por parte del ejército.

viii. Actividades extremas: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participación en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.

4. Cobertura de indemnización diaria por hospitalización

a. Descripción de la cobertura

Si a consecuencia directa de una enfermedad o Accidente ocurrido dentro de la Vigencia del Certificado Individual, el Asegurado es hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que hayan transcurrido al menos 24 horas de su ingreso, la Suma Asegurada diaria establecida en la carátula de la Póliza o Endoso correspondiente y hasta por 30 días que continúe su hospitalización, mismos que empezarán a contar después de las 24 horas de su primer ingreso al hospital. Se incluyen las complicaciones del embarazo, parto o cesárea, siempre y cuando el embarazo haya iniciado dentro de la Vigencia de la Póliza.

En caso de hospitalizaciones posteriores a consecuencia de Accidentes o enfermedades cubiertas diferentes, los días de hospitalización serán acumulativos hasta completar el beneficio máximo de 30 días, considerando en cada hospitalización que el periodo empezará a contar después de las 24 horas de su primer ingreso al hospital.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente al máximo número de días de hospitalización, esta cobertura quedará automáticamente cancelada por el periodo de Vigencia en curso.

Para esta cobertura aplica el Periodo de Espera contratado y especificado en la caratula de Póliza y Certificado Individual. En caso de Accidente no aplicará Periodo de Espera alguno.



i. Beneficio de maternidad

Este beneficio corresponde a la hospitalización por la atención del Parto o Cesárea.

A este beneficio tendrán derecho las Aseguradas, cuyo embarazo haya iniciado posterior al inicio de Vigencia del Certificado Individual y de esta cobertura. La Asegurada tendrá derecho a que se le indemnice el 200% de la Suma Asegurada Diaria indicada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Con un beneficio máximo de pago de 2 días.

Para este beneficio no aplica estancia mínima de 24 horas y los días de hospitalización que requiera para este beneficio no disminuyen los 30 días de hospitalización de la cobertura.

Exclusiones del beneficio de maternidad.

Complicaciones del embarazo, parto o cesárea.

b. Cancelación

Esta cobertura se cancelará sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en cualquiera de los siguientes casos:

- i. En el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado se encuentre fuera de las edades de admisión para esta cobertura en esta Póliza.
- ii. Al término de la Vigencia de la Póliza.

c. Exclusiones

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

- i. Intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, aun cuando se encuentre en estado de inconciencia o enajenación mental, así como trastornos psicológicos.**
- ii. Padecimientos congénitos.**
- iii. Enfermedades Preexistentes.**
- iv. Tratamientos experimentales o en fase de investigación.**
- v. Cualquier enfermedad o procedimiento derivado del abuso de alcohol o del uso de sustancias o drogas no prescritas por un médico.**
- vi. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier**



clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.

- vii. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- viii. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- ix. Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe activamente el Asegurado.
- x. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, excepto en el caso de que haya declarado el uso de ésta para el Desempeño Habitual de la Actividad Laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- xi. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- xii. 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.
- xiii. Tratamiento y/o enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- xiv. Curas de reposo y desórdenes mentales y nerviosos.
- xv. Esterilización y tratamientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos, tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.
- xvi. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un Accidente cubierto.
- xvii. Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un Accidente cubierto.



V. Exclusiones

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente, Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, y Muerte Accidental Colectiva, la Compañía no cubrirá el importe de la Suma Asegurada si éstas ocurren a consecuencia de:

1. Suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
2. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
3. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.
4. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una Compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
7. Accidentes que ocurran durante la participación activa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de ésta para el Desempeño Habitual de la Actividad Laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.



- 10. Radiaciones ionizantes.**
- 11. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol (cualquiera que sea su grado), siempre y cuando dicho estado influya en la realización del Siniestro.**
- 12. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un Accidente.**

Adicionalmente, para las coberturas de Invalidez Total y Permanente se excluye:

- 1. Padecimientos o Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollada durante la Vigencia de la Póliza y/o del Certificado Individual.**

Adicionalmente, para las coberturas de Accidentes se excluye:

- 1. Infecciones, salvo las que provengan de lesiones accidentales.**
- 2. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de Accidente cubierto.**
- 3. Muerte o cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales después de ocurrido el Accidente.**
- 4. Homicidio imprudencial o doloso, a consecuencia directa de la participación activa del Asegurado en actos delictivos.**

VI. Servicios de asistencias

La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado, que tenga amparados estos beneficios en el Certificado Individual, los servicios de asistencia a través de la Empresa de Servicios contratada para tal efecto, quien coordinará y prestará los servicios que se describen en este apartado; no obstante, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación de la Empresa de Servicios, en virtud del presente Contrato de Seguro. Estos servicios aplican únicamente dentro de la República Mexicana. El Asegurado, su representante o sus familiares podrá recibir estos servicios comunicándose a la Compañía.



1. Servicios de asistencia médica

a. Traslado médico terrestre en ambulancia

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

Esta asistencia cubre un evento anual. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos.

Exclusiones

Quedan excluidos los casos por:

i. Traslados en caso de enfermedades mentales.

ii. Pacientes en estado de ebriedad cualquiera que sea su grado o con abuso de alguna droga que se encuentre en estado agresivo o no deseen ser trasladados.

b. Médico a domicilio

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

El costo de la consulta es a cargo del Asegurado. No incluye la aplicación de medicamentos o cualquier otro tipo de procedimientos como colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones o curaciones.

Exclusiones

Quedan excluidos los casos donde:

i. El Asegurado se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas (cualquier grado), intoxicación por



sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.

ii. El médico de la Empresa de Servicios determine, mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atenderlo en domicilio.

iii. Se solicite un médico especialista a domicilio.

c. Orientación médica telefónica

El equipo médico de la Empresa de Servicios orientará telefónicamente al Asegurado, a su Cónyuge e Hijos (en caso de contratar plan familiar) sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, sin emitir un diagnóstico e interpretación de resultados de laboratorio.

d. Referencias médicas

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

2. Servicio de asistencia funeraria

a. Asistencia legal funeraria telefónica

La Empresa de Servicios asesorará a los familiares del Asegurado sobre los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado.

b. Asistencia legal funeraria

La Empresa de Servicios enviará a un abogado para asesorar y ayudar a los familiares del Asegurado a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario del Asegurado, tales como:

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



- vi. En caso de muerte violenta y a petición de los familiares, se realizarán ante el Ministerio Público y el médico forense, los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Asegurado, y en su caso, la demanda inicial en contra del responsable.

c. Asistencia para servicios funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Servicios realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales, y se hará cargo de la coordinación para el entierro o cremación. La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del Asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto. Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red de Empresa de Servicios con los que cuenta la compañía a nivel nacional. Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del estado.

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

- i. Traslado a la agencia funeraria.
- ii. Estética y embalsamado.
- iii. Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- iv. Carroza fúnebre.
- v. Autobús de acompañamiento.
- vi. En caso de inhumación se proporcionará un ataúd de madera.
- vii. Cremación y urna para cenizas, en este caso se proporcionará un ataúd de madera para el proceso de velación.
- viii. Red de descuentos con agencias funerarias.
- ix. Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

En ninguno de los servicios de asistencia podrá haber reembolso alguno.

3. Exclusiones

a. Cuando el Asegurado, su representante o sus familiares, no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a la Empresa de Servicios atender debidamente el asunto.

b. Cuando el Asegurado o sus familiares no se identifiquen como tales.

c. Aplican las exclusiones contempladas en este Contrato de Seguro.



4. Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia

Para recibir los servicios de asistencia deberán:

- a. Comunicarse a la Compañía.
- b. Dar su nombre completo y número de Póliza.
- c. Indicar a la Empresa de Servicios el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo pueden contactar a él o a su representante.
- d. Dar una descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.

VII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la Suma Asegurada al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y este no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos antes que el Asegurado, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

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 solo 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.

2. Pago de la Prima

El Contratante está obligado a cubrir el total de Prima del Grupo Asegurado, la cual corresponde a la suma de la Prima de cada Integrante de dicho grupo, de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Se deberá pagar la Prima anual de la(s) cobertura(s) contratada(s), a partir de la fecha de inicio de Vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral; en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza, la cual se comunicará al Contratante.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la fracción de ésta. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. **Transcurrido este plazo, si el pago no se realiza conforme a lo señalado en esta cláusula, el Contrato de Seguro cesará en sus efectos.** Los pagos de Prima podrán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito determinados por el Contratante; pago referenciado en bancos, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del contrato o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor, hasta en tanto la Compañía no emita el recibo de pago respectivo.

3. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, 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. Cuando los gastos se eroguen en moneda extranjera, el tipo de cambio considerado será el



que corresponda al dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se realicen los mismos.

4. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5. Disputabilidad

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 primeros años para el beneficio de fallecimiento y 2 años para los demás beneficios, desde la fecha de inicio de su Vigencia o la de su última rehabilitación. Esto será aplicable en los casos de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo, y de acuerdo con lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 años a partir del inicio de la Vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables.

6. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.



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

7. Modificaciones y notificaciones

Solo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la Vigencia de la Póliza.

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

8. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía cualquier circunstancia que, durante la Vigencia de este Contrato de Seguro, provoque una agravación esencial de los riesgos cubiertos, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que la conozca. **Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo, de conformidad con los artículos 52 al 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

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 de Seguro 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.

9. Rehabilitación

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato de Seguro, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último recibo de pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de



rehabilitación, no sea mayor a 90 días naturales y se encuentre dentro de la Vigencia de la Póliza.

Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato que la Compañía tiene expresamente para este fin.
- b. Los Integrantes del Grupo Asegurado deberán presentar pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

La rehabilitación conservará la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las Primas vencidas que se encuentren pendientes de pago hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la Póliza haya estado en vigor por un plazo mayor a 3 meses.

La Compañía no tendrá obligación alguna respecto a aquellos Siniestros que hayan ocurrido durante el tiempo en que estuvieron cesados los efectos del seguro por falta de pago de la Prima.

10. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 primeros años de Vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de rehabilitación o incremento adicional de la Suma Asegurada de la cobertura de fallecimiento, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o se acepte el incremento de Suma Asegurada para la cobertura de fallecimiento.

11. Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de Vigencia del Certificado Individual.

Las edades de aceptación para cada cobertura estarán indicadas en la



carátula de la Póliza, Certificado Individual y/o Endoso correspondiente. Las edades declaradas por los Integrantes del Grupo Asegurado deben comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación en el certificado respectivo y no podrá exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

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 la 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 de Seguro;
- 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 requerir 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 de Seguro. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. - Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, 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.

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

12. Arbitraje en caso de Preexistencia

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos o Enfermedades 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 independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la Enfermedad Preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, determine si



los gastos médicos o estado de invalidez que motivan la Reclamación del Asegurado derivan o no de un padecimiento o Enfermedades 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 con el 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.

13. Intereses moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, y ésta sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

14. Régimen fiscal

El régimen fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago a los Beneficiarios.

15. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y 2 años en los demás casos, en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los plazos anteriores no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la



realización del Siniestro, así como por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía.

16. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Compañía de satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

17. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguno de los siguientes incisos:

- a. Por falta de pago de Primas.
- b. Al término de la Vigencia de este Contrato de Seguro.
- c. Conforme a lo establecido en la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones.
- d. A petición del Contratante.

18. Intermediación o revelación de comisiones

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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.



19. Renovación

Esta Póliza se renovará, previa aceptación de la Compañía, lo cual se hará constar mediante Endoso, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades vigente a la fecha de la renovación y el Contratante haya solicitado a la Compañía la renovación de la Póliza dentro de los últimos 20 días naturales de la Póliza en vigor.

Dicha renovación se llevará a cabo mediante Endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento de la Vigencia del Contrato de Seguro.

En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa vigentes conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las Primas que aplicarán en cada renovación.

Se considerará fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquél Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos en este Contrato de Seguro.

20. Terminación anticipada del Contrato de Seguro

No obstante el término de Vigencia del Contrato de Seguro, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente por el Contratante mediante notificación por escrito, en cuyo caso quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, 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 30 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.



21. Aviso de Siniestro o reclamación

En caso de un Siniestro cubierto por este seguro, el Asegurado o Beneficiario deberá solicitar a la Compañía el pago de la indemnización a que tenga derecho, para lo cual contarán con un plazo máximo de 5 días para realizar dicho aviso, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Compañía tan pronto cese dicho impedimento. Para tal efecto deberá entregarle los siguientes documentos.

En caso de fallecimiento y/o gastos funerarios para Asegurado Titular:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Original o copia certificada del certificado de defunción.
- c. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- d. Acta de matrimonio (en caso de que el Cónyuge sea Beneficiario).
- e. Acta de nacimiento (en caso de que el o los Beneficiarios sean Hijos del Asegurado).
- f. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- g. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- h. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- i. Estado de cuenta bancario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- j. Aviso de privacidad firmado por los Beneficiarios, será proporcionado por la Compañía.

En caso de gastos funerarios para Asegurados Adicionales:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Documento en el cual se acredite el parentesco.
- c. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- d. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- e. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- f. Estado de cuenta bancario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- g. Aviso de privacidad firmado por los Beneficiarios, será proporcionado por la Compañía.

En caso de pago por Invalidez Total y Permanente y/o exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Original o copia certificada del certificado médico emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios



para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de Invalidez Total y Permanente.

- c. Original o copia de la identificación oficial del Asegurado.
- d. Original o copia del Certificado Individual de seguro, si lo tuviese.
- e. Comprobante de domicilio del Asegurado, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- f. Estado de cuenta bancario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- g. Aviso de privacidad firmado por el Asegurado, será proporcionado por la Compañía.

En caso de muerte accidental:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado Individual, en caso de que lo tuviera.
- c. Original o copia certificada del certificado de defunción.
- d. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- e. Copia certificada de la carpeta de investigación completa del Ministerio Público.
- f. Acta de matrimonio actualizada (en caso de que el Cónyuge sea Beneficiario).
- g. Acta de nacimiento (en caso de que los Beneficiarios fueran los Hijos del Asegurado).
- h. Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
- i. Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.
- j. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- k. Estado de cuenta bancario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- l. Aviso de privacidad firmado por los Beneficiarios, será proporcionado por la Compañía.

En caso de Pérdidas Orgánicas, enfermedades graves e indemnización diaria por hospitalización:

- a. Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía.
- b. Certificado individual, en caso de que lo tuvieran.
- c. Copia de identificación oficial del Asegurado.
- d. Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- e. Estado de cuenta bancario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- f. Para Pérdidas Orgánicas: original del informe médico que determine la Pérdida Orgánica, expedido por una institución de seguridad social o,



en su defecto, por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, así como copia certificada de la carpeta de investigación completa del Ministerio Público.

- g. Diagnóstico de la enfermedad grave hecho por médico especialista o institución de salud pública.
- h. Historial clínico, expediente clínico, estudios de laboratorio y gabinete.
- i. Para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización, además deberá presentar constancia del hospital en dónde se señale la hora y fecha de su ingreso hospitalario y su alta médica.
- j. Aviso de privacidad firmado por el Asegurado, será proporcionado por la Compañía.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

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

Solo en aquellos casos en que la Compañía requiera de más información o documentación para determinar las circunstancias de la realización y consecuencias del Siniestro, de conformidad con lo estipulado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado o del Beneficiario información y documentación adicional sobre los hechos relacionados con el Siniestro.

La Compañía descontará de la indemnización que proceda, la parte de la Prima que se encuentre pendiente por pagar.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran 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 la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



22. 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.

23. 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.

24. Terminación del Contrato de Seguro 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, el Contratante y/o Asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- a. Llamar al teléfono de la Compañía.
- b. Brindar la información que le sea requerida por la persona de la Compañía que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la Póliza y la identidad del cliente.
- c. 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.
- d. Una vez que el Contratante y/o Asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse nuevamente al teléfono de la Compañía, 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.

25. 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 30 días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al teléfono de la Compañía, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 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.

26. Obligaciones del Contratante

El Contratante del seguro asume las siguientes responsabilidades:

- a. Contar y custodiar el Consentimiento por escrito firmado de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurable, previo a su incorporación al Grupo Asegurado, antes de la celebración del Contrato de Seguro.
- b. El Consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:
 - i. Nombre completo.
 - ii. Edad o fecha de nacimiento.
 - iii. Sumas Aseguradas o reglas para determinarlas.
 - iv. Designación de Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.
- c. Integrar y conservar el expediente de identificación del Asegurado en los términos establecidos por las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con los datos y documentos que la Compañía le dé a conocer y mantenerlos a disposición de la misma para su consulta,



obligándose a proporcionarlos oportunamente a la Compañía cuando ésta se los requiera sea para sí o para dar cumplimiento a cualquier requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- d. Conservar los expedientes de los Asegurados que sean trabajadores o personal, cuando dejen de prestar sus servicios para el Contratante, así como en el caso de que concluya la relación entre éste y la Compañía.
- e. Entregar los Certificados Individuales de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado junto con las principales cláusulas y coberturas del Contrato de Seguro, o en su defecto, poner en conocimiento de los Asegurados la información prevista en el inciso b) anterior.
- f. Comunicar a la Compañía del ingreso de Integrantes nuevos, recabando los Consentimientos respectivos, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de ingreso.
- g. Comunicar a la Compañía de la separación definitiva de Integrantes del Grupo Asegurado, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de separación.
- h. Avisar a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas. En caso nuevas Sumas Aseguradas, éstas entran en vigor desde la fecha de cambio y el pago o devolución de Primas se realiza de acuerdo con la forma de pago de la Prima.

27. Cambio de Contratante

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

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



Accidentes y Enfermedades, dentro de los 30 días hábiles siguientes a aquél en que la Compañía tenga conocimiento del cambio de Contratante.

28. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato de Seguro, quedan asegurados todos los Integrantes del Grupo Asegurado, cuya edad se encuentre dentro de las edades de admisión establecidas para esta Póliza, las cuales se indican en la carátula de la misma. Con posterioridad a la celebración de este Contrato de Seguro, sólo podrán ingresar nuevos Integrantes cuya edad se encuentre dentro de la edad de admisión establecida para esta Póliza.

29. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados del Grupo Asegurado, el cual contendrá la siguiente información:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado.
- b. Suma Asegurada o regla para determinarla.
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación.
- d. Operación y Plan de Seguro de que se trate.
- e. Número de Certificado Individual.
- f. Coberturas amparadas.

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

30. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable.

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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, puede exigir requisitos médicos u



otros para asegurarlas, si no lo hace quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, cuenta con un plazo de 30 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.

31. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual que se haya expedido. En este caso, la Compañía restituye la parte de la Prima neta no devengada de esos Integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda, dentro de los 30 días hábiles siguientes a aquél en que la Compañía tenga conocimiento de la baja del Integrante del Grupo Asegurado.

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

32. Derecho a seguro individual por seguro de prestación laboral

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

- a. La Compañía tiene la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo Asegurable que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.
- b. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurable debe presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de su separación.
- c. La Suma Asegurada es la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la Máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de su separación.



- d. La Prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante debe pagar a la Compañía la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.
- e. La Compañía manifiesta que, para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual con las características requeridas para otorgar continuidad a la protección del Asegurado.

33. Tipo de administración

El Contratante puede optar por tres formas de administración de la Póliza, lo cual estará estipulado en la carátula de la Póliza.

Es obligación del Contratante recabar los Consentimientos Individuales de todos los miembros del Grupo Asegurado, así como de entregar a cada Asegurado su Certificado Individual, condiciones generales y cualquier otro documento que sea parte del Contrato de Seguro.

a. Administración normal o detallada.

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

- i. Pago de Suma Asegurada.
- ii. Ingreso de Asegurados.
- iii. Baja de Asegurados.
- iv. Alta de Asegurados.
- v. Suma Asegurada.

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

La Prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a los movimientos por ingresos, bajas y/o modificaciones individuales de



Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado, será determinada por la Compañía calculada en días exactos, dicha Prima se reflejará en un recibo independiente al(los) recibo(s) propios a la forma de pago de ésta.

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

b. Autoadministradas

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

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

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

i. Ajuste de Primas

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

Al término de la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo con la regla de Suma Asegurada establecida para los Integrantes, así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la Vigencia del Contrato de Seguro, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la Vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. El ajuste corresponde al promedio de la Prima de la Suma Asegurada al inicio de la Vigencia



y la correspondiente al final de la Vigencia. El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

ii. Consideraciones adicionales

Los Asegurados que cuenten con una Suma Asegurada Excedente a la SAMI y que ésta se encuentre amparada por la Compañía, se les calculará el ajuste anual con la última Suma Asegurada amparada. En caso de tener un incremento salarial y no estar autorizado dicho incremento de Suma Asegurada, el cálculo se realizará tomando en cuenta la última Suma Asegurada registrada.

iii. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato de Seguro

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

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

1. Se deberán de reportar los Asegurados cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la caratula de Póliza. Para cada caso concreto, la Compañía podrá pedir requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.
2. Asimismo, si dentro de la Vigencia de la Póliza y cuando la Suma Asegurada esté determinada con base al salario del Asegurado, se deberán reportar únicamente los incrementos en los salarios de los Asegurados que rebasen la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la Póliza.

En caso de no presentar lo solicitado en los incisos anteriores, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado al inicio de Vigencia de este Contrato de Seguro. El monto de la indemnización en caso de Siniestro será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación



de Integrantes y Certificado Individual, de acuerdo con lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

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

c. Administración a declaración según forma de pago

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



VIII. Marco legal

Los artículos citados en este Contrato de Seguro podrán ser consultados en www.segurossura.com.mx/glosario

Para cualquier consulta, reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, colonia Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, 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 7912.

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 08 de abril de 2025, PPAQ-S0010-0092-2024/CONDUSEF-006865-01.



Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



segurossura.com.mx

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto,
alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.