



CONDICIONES GENERALES  
**Aseguradora**  
**Patrimonial**  
**Vida**<sup>MR</sup>

**ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA S.A DE C.V.**

**SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL**

# INDICE

<b>I. Objeto del Seguro</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Leyes Aplicables</b> .....	<b>6</b>
<b>III. Definiciones</b> .....	<b>6</b>
<b>IV. Descripción del Seguro</b> .....	<b>11</b>
<b>V. Descripción de la Cobertura por Fallecimiento</b> .....	<b>11</b>
<b>VI. Edades de Aceptación</b> .....	<b>12</b>
<b>VII. Edad de Renovación</b> .....	<b>12</b>
<b>VIII. Beneficios Incluidos</b> .....	<b>12</b>
<b>Anticipo por Fallecimiento</b> .....	<b>12</b>
<b>IX. Coberturas Adicionales</b> .....	<b>13</b>
<b>Coberturas Adicionales por Accidente</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Indemnización por Muerte Accidental (MA)</b> .....	<b>14</b>
<b>2. Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)</b> .....	<b>16</b>
<b>c) Exclusiones</b> .....	<b>16</b>
<b>d) Indemnización Máxima</b> .....	<b>18</b>
<b>e) Edades de Aceptación</b> .....	<b>18</b>

f)	Edad de Cancelación.....	19
2.	Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente .....	19
a)	Definición de Invalidez Total y Permanente .....	19
b)	Descripción de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente.....	20
c)	Exclusiones .....	22
d)	Edades de Aceptación .....	23
e)	Edad de Cancelación.....	23
X.	Dividendos.....	24
XI.	Cláusulas Generales .....	24
1.	Vigencia .....	24
2.	Designación de Beneficiarios .....	24
3.	Pago de la Prima .....	25
4.	Moneda.....	26
5.	Corrección del Contrato de Seguro.....	27
6.	Indisputabilidad .....	27
7.	Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	28
8.	Notificaciones .....	28
9.	Rehabilitación .....	29
10.	Suicidio .....	29
11.	Comprobación del Siniestro.....	30
12.	Verificación de Edad .....	30

<b>13. Pago del Seguro.....</b>	<b>31</b>
<b>14. Intereses Moratorios .....</b>	<b>33</b>
<b>15. Impuestos .....</b>	<b>36</b>
<b>16. Prescripción .....</b>	<b>36</b>
<b>17. Competencia.....</b>	<b>37</b>
<b>18. Terminación del Contrato de Seguro .....</b>	<b>37</b>
<b>19. Revelación de Comisiones .....</b>	<b>38</b>
<b>20. Prelación.....</b>	<b>38</b>
<b>21. Aviso de Privacidad.....</b>	<b>38</b>
<b>22. Procedimientos .....</b>	<b>39</b>
<b>1. Certificados Individuales .....</b>	<b>39</b>
<b>2. Relación de Integrantes .....</b>	<b>40</b>
<b>3. Regla para Determinar Suma Asegurada.....</b>	<b>41</b>
<b>4. Administración de la Póliza .....</b>	<b>41</b>
<b>23. Ajuste de Primas.....</b>	<b>43</b>
<b>24. Ingreso en el Grupo Asegurado.....</b>	<b>44</b>
<b>25. Bajas en el Grupo Asegurado .....</b>	<b>44</b>
<b>26. Ajuste de Primas.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>27. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato .....</b>	<b>45</b>
<b>28. Ajuste de Primas.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>29. Modificaciones .....</b>	<b>45</b>

<b>30. Cambio de Contratante .....</b>	<b>46</b>
<b>31. Cambio de Forma de Pago de las Primas.....</b>	<b>46</b>
<b>32. Cambio de Beneficiarios.....</b>	<b>46</b>
<b>33. Reconocimiento de Antigüedad.....</b>	<b>47</b>
<b>34. Renovación.....</b>	<b>47</b>

## **I. Objeto del Seguro**

La Institución, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la "Relación de Integrantes" de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma y de acuerdo a la Clasificación de Grupo Asegurado, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este Contrato, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

## **II. Leyes Aplicables**

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

## **III. Definiciones**

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por:

### **1. Beneficiario**

Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Integrante en términos del Contrato de Seguro.

### **2. Categoría**

El Contratante podrá designar una clasificación para sus Integrantes, en la cual se establecerán las reglas de Suma Asegurada y coberturas particulares de cada una de estas clasificaciones de carácter general.

### **3. Certificado**

Es el documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Integrante y de la Institución respecto del seguro contratado.

### **4. Institución**

Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V.

### **5. Consentimiento**

Documento mediante el cual el Integrante acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

### **6. Contratante**

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Integrante de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Integrante, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Integrantes de la Póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura por fallecimiento ni coberturas adicionales.

Podrá cambiar la persona del Contratante durante la vigencia de la Póliza; en caso de ser persona física, el Contratante podrá solicitar la continuidad de las coberturas de la Póliza a su favor, para ello deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Institución determine.

## **7. Enfermedad Preexistente**

Se considerará enfermedad preexistente a aquella que reúna los siguientes requisitos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;
- c) Para el caso de las coberturas de Invalidez Total y Permanente, se entenderá como enfermedad preexistente, al estado de invalidez total y permanente originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza por un médico legalmente autorizado o bien, aquellas enfermedades que diagnosticadas antes del inicio de vigencia de la póliza, presenten un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

## **8. Grupo Asegurado**

Es un conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que han dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

## **9. Integrante o Asegurado**

Cualquier persona que forma parte del Grupo Asegurado descrita en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.

El Contratante persona física puede ser Integrante del Grupo Asegurado.



#### **10. Periodo de Espera**

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura por cada Integrante, o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Integrante y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

#### **11. Póliza o Contrato de Seguro**

Es el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Integrantes proporcionadas por escrito a la Institución en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Integrantes como son la carátula de la Póliza.

La Relación de Integrantes, Certificados, las condiciones generales, sus endosos y en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

#### **12. Prima**

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Institución ofrece protección a los Integrantes, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida del Integrante al momento de la contratación.

#### **13. Relación de Integrantes**

Es el registro de Asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

#### **14. Salario Base**

Se entenderá como Salario Base, aquel que percibe el trabajador de manera diaria, semanal, quincenal o mensual; sin incluir gratificaciones, percepciones alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo.

#### **15. Siniestro**

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización.

#### **16. Suma Asegurada**

Es el límite máximo de responsabilidad de la Institución, elegido por el Contratante y por el cual, el(los) Integrante(s) estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado, Relación de Integrantes o en los endosos correspondientes.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante o, cuando el límite de responsabilidad esté directamente relacionado con las percepciones salariales base de los Integrantes.

#### **17. Suma Asegurada Máxima**

Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima, la Institución podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Institución considere necesario para la selección del riesgo.

#### **18. Síntoma**

Referencia que da un Asegurado o médico tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.

#### **19. Síntomas:**

Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento diagnosticado por un médico.

#### **IV. Descripción del Seguro**

##### **Características del Grupo Asegurado**

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común lícito, previo e independiente y que cumplan con alguno de los siguientes supuestos:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación de seguro.
3. Personas que tengan un contrato laboral con el Contratante, pero que se adhieren a este Contrato de Seguro de forma voluntaria quedando a su cargo el pago de la Prima.

Además, los Integrantes de cada uno de estos Grupos Asegurados deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Institución.
- b) Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.
- c) No estén afectados por estados de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza. Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de invalidez total parcial. Sin embargo, las coberturas contratadas tendrán efecto únicamente por padecimientos diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de invalidez previo. Esta limitación terminará 3 (tres) meses después de haber cesado el estado de invalidez referido.

#### **V. Descripción de la Cobertura por Fallecimiento**

Si durante el plazo del Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los Integrantes, la Institución pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada con base en los términos estipulados por el Contratante y la Institución, y conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

## **VI. Edades de Aceptación**

Los límites de admisión fijados por la Institución son 16 (dieciséis) años de edad como mínimo, y 89 (ochenta y nueve) años de edad como máximo.

El menor de edad y los padres o tutores de éste, deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **VII. Edad de Renovación**

La edad máxima de renovación para el Integrante será hasta los 89 (ochenta y nueve) años.

## **VIII. Beneficios Incluidos**

Estos beneficios son sin costo adicional.

### **Anticipo por Fallecimiento**

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por un máximo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Integrante, sin que este pago exceda el equivalente a 2 (dos) años de la Unidad de Medida y Actualización vigente al momento del Siniestro.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados, del Certificado individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Institución para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del integrante, es decir, la Institución deducirá hasta por el 30% (treinta por ciento) sobre el total de la Suma Asegurada vigente a que tiene derecho el Beneficiario y, el remanente, le será cubierto al Beneficiario una vez que esté presente su reclamación formal a la Institución.

En caso que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Institución.

## **IX. Coberturas Adicionales**

Las coberturas por Accidente y por Invalidez Total y Permanente, al ser adicionales a la cobertura por fallecimiento, serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

**Cada una de estas coberturas adicionales, tendrán el siguiente tratamiento.**

### **Coberturas Adicionales por Accidente**

En caso que algún o algunos de los Integrantes sufra un Accidente, de haberse contratado alguna de las coberturas adicionales por Accidente que más adelante se describen, la Institución pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosos correspondientes.

#### **a) Definiciones**

##### **1. Accidente**

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Integrante. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Integrante.

## **2. Anquilosis**

Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

## **3. Pérdida Orgánica**

Se entenderá como tal:

- a) La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella;
- b) La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él;
- c) La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de dos falanges de la misma mano, cuando menos;
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

## **b) Descripción de Coberturas por Accidente**

### **1. Indemnización por Muerte Accidental (MA)**

La Institución pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Integrante haya ocurrido por Accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el Integrante en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Integrante.

## 2. Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)

En caso de que el Integrante fallezca o sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Institución pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), que se muestra a continuación:

Por la pérdida de:	Esc	Escala B
La vida	100	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100	100%
Una mano y un pie	100	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100	100%
Una mano o un pie	50	50%
La vista de un ojo	30	30%
El pulgar de cualquier mano	15	15%
El índice de cualquier mano	10	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

En caso de sufrir el Integrante varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de la Institución en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Integrante sufiere en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior.

Cualquier indemnización pagada por la Institución, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Integrante afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Institución.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Integrante. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Institución tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Integrante.

### **3. Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (C)**

Para esta cobertura, la Institución pagará la Suma Asegurada contratada, si el Integrante fallece a consecuencia de:

- a) Un Accidente automovilístico en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba sea considerado de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Un Accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.
- c) Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Integrante al iniciarse el incendio.

La indemnización para estas coberturas se pagará siempre y cuando:

- a) La Póliza no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
- b) El Accidente ocurra dentro de las edades comprendidas para estas coberturas.

#### **c) Exclusiones**

**Las coberturas adicionales por Accidente no cubren:**



**1. Accidentes originados por la participación del Integrante en:**

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

**2. Por los siguientes eventos:**

- a) Enfermedad física o mental.**
- b) Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**

- d) Lesiones que se provoquen al Integrante a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
  - e) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
  - f) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**
- 3. Lesiones que se provoquen al Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
- 4. En la cobertura de Muerte Accidental Colectiva, no se cubre el fallecimiento ocurrido en viajes aéreos comerciales o privados.**

**d) Indemnización Máxima**

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Institución, en las coberturas de Indemnización por Muerte Accidental (MA) y/o Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida Orgánica (MAPO), en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente para estas coberturas, aun cuando el Integrante sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

En el caso de Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (AC), queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Institución, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de Póliza y Certificado para esta cobertura.

**e) Edades de Aceptación**

Los límites de admisión fijados por la Institución son 16 (dieciséis) años de edad como mínimo, y 69 (sesenta y nueve) años de edad como máximo.

El menor de edad y los padres o tutores de éste, deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

#### **f) Edad de Cancelación**

Las coberturas contratadas por Indemnización por Muerte Accidental (MA), Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO) y/o Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (AC), se cancelarán automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Integrante cumpla la edad de 69 (sesenta y nueve) años.

En cualquier caso, las coberturas adicionales no se renovarán al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas.

### **2. Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente**

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra una Invalidez Total y Permanente, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional y estando al corriente en el pago de la Prima, la Institución pagará la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosas correspondientes.

#### **a) Definición de Invalidez Total y Permanente**

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

1. Para el caso de Integrantes que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como Invalidez Total y Permanente la imposibilidad, como consecuencia de un Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo por el Integrante.
2. Para los Integrantes que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un

Accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.

3. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, a este inciso no le es aplicable el periodo de espera.

Para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente de un Integrante que esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, el Contratante o Integrante deberá presentar a la Institución el dictamen que emita dicha institución de acuerdo a Ley de Seguridad Social que aplique.

Para efectos de los incisos 1 y 2, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente, de un Integrante que no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, comprenderá un plazo de 3 (tres) meses contados a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez, dentro del Periodo de Espera que hace mención el párrafo anterior, no procederá el pago de las coberturas por Invalidez Total y Permanente que hubieran sido contratadas.

Adicional al dictamen presentado, el Integrante deberá presentar a la Institución las pruebas que la Institución solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Institución evaluará por un médico especialista en la materia y, en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Integrante podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional y especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Integrante dentro de los previamente designados por la Institución para estos efectos, En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Integrante.

#### **b) Descripción de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente**

El Contratante podrá elegir algunas de las siguientes opciones:

##### **1. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)**

Si durante la vigencia del Certificado, algún Integrante sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Institución le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución efectuará dicho pago con el Periodo de Espera aplicable para los números 1 y 2 del inciso a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

## **2. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (PASIAAC)**

Si durante la vigencia del Certificado algún Integrante sufre estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente la Institución le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución efectuará dicho pago con el Periodo de Espera aplicable para los números 1 y 2 del inciso a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

## **3. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)**

La Institución conviene en eximir al Asegurado del pago de primas durante cinco años, de la cobertura por fallecimiento, que venzan después de que se declaró el estado de invalidez total y permanente y a partir de la fecha en que sean presentadas las pruebas de existencia de dicha invalidez como consecuencia de un accidente o de una enfermedad cubiertas.

Para la presente cobertura aplica un periodo de espera, el cual se especificará en la carátula de la póliza que podrá ser de 3 y hasta 6 meses.

Esta cobertura también será aplicable para los números 1 y 2 del inciso a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

El pago de la prima se suspenderá al hacerse efectivo este beneficio con la aparición del estado de Invalidez Total y Permanente o al cesar el derecho a este beneficio.

La Institución cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total y Permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente de que ha desaparecido el estado de Invalidez Total o Permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura por invalidez.

**c) Exclusiones**

**No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:**

**1. Que se origine por la participación del Integrante en:**

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.**
- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

**2. Por los siguientes eventos:**

- a. **Cualquier intento de suicidio.**
  - b. **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
  - c. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
  - d. **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.**
3. **Por lesiones que se provoque el Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**

#### **Por Enfermedades Preexistentes.**

##### **d) Edades de Aceptación**

Los límites de admisión fijados por la Institución son 16 (dieciséis) años de edad como mínimo, y 64 (sesenta y cuatro) años de edad como máximo.

El menor de edad y los padres o tutores de éste, deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

##### **e) Edad de Cancelación**

Se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Integrante cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.

En cualquier caso, las coberturas adicionales no se renovarán para el Integrante afectado al término del año de vigencia de la Póliza en el cual se hubiere efectuado el pago de alguna de las indemnizaciones cubiertas por las mismas. Por las causas de terminación o rescisión pactadas en este Contrato de Seguro.

## **X. Dividendos**

Se otorgarán dividendos por mortalidad favorable si así fue establecido en la carátula de la póliza, En su caso, el pago de dividendos queda sujeto a las siguientes condiciones:

- En ningún caso se otorgará dividendos a pólizas con vigencia menor a un año.
- No se otorgarán dividendos anticipados, garantizados o de acuerdo a la forma de pago.
- No se otorgarán dividendos a pólizas por cancelación anticipada de la vigencia de la póliza.
- En el caso de pólizas en que el asegurado contribuya al pago de la prima, tendrá derecho al dividendo en proporción a las aportaciones realizadas.
- El dividendo se determinará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y se pagará al aniversario de la póliza.

## **XI. Cláusulas Generales**

### **1. Vigencia**

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el período pactado por el Contratante y la Institución. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia, el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año. Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado individual.

### **2. Designación de Beneficiarios**

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

- a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.



El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Institución. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo al artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Institución pagará la cobertura por fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza. El Integrante puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Institución, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 175 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Integrante; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Integrante y éste no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Integrante 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.**

### 3. Pago de la Prima

El Contratante deberá pagar la Prima anual de la cobertura por fallecimiento y cada cobertura adicional a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

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 Institución determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o fracciones subsecuentes. 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 ha realizado, se cancelará en forma automática este contrato.

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Institución tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

En caso de depósitos o pagos de Primas en efectivo, estarán sujetas al IDE (Impuesto sobre Depósitos en Efectivo) vigente al momento de la transacción.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

En caso de que el pago de la Prima se realice a través de descuento por nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este seguro.

#### **4. Moneda**

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen

dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

## **5. Corrección del Contrato de Seguro**

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

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Institución que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Institución, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

## **6. Indisputabilidad**

Este contrato será disputable, durante el plazo que se indique para cada Grupo Asegurado que haya sido de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de acuerdo a lo señalado por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
- d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

Durante 2 (dos) años de vigencia continúa e ininterrumpida, siempre será disputable. Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refieren los incisos anteriores, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Institución.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes, el Contrato será indisputable.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por la Institución, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, será disputable a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada.

## **7. Omisiones o Inexactas Declaraciones**

El Contratante y/o los Integrantes al llenar el formato de Consentimiento y solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a la Institución mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución 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.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Institución si se demuestra que el Integrante, 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, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Esta cláusula será aplicable para aquellos asegurados que se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

## **8. Notificaciones**

Toda comunicación entre la Institución, el Integrante, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Institución cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Institución haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Institución.

## **9. Rehabilitación**

En caso que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de la Institución, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Institución una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Institución.
- c) Cubrir el importe de las Primas no pagadas.
- d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Institución determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que la institución comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro, no obliga a que la Institución acepte la propuesta.

## **10. Suicidio**

En caso de fallecimiento por suicidio del Integrante, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro y del respectivo Certificado individual, por cualquiera que

haya sido la causa y el estado mental o físico del Integrante, la Institución solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o se acepte la inclusión de coberturas adicionales.

## **11. Comprobación del Siniestro**

La Institución tiene derecho de solicitar al Contratante, Integrante o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas adicionales contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Integrante o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **12. Verificación de Edad**

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Integrante y en su caso del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual.

El límite máximo de admisión autorizado por la Institución es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Integrante o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Integrante o Contratante Asegurado. En el primer caso, la Institución hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o extenderá al Integrante o Contratante Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Integrante o Contratante Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Integrante o Contratante Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Institución rescindiré el Certificado individual del Integrante de que se trate y únicamente devolveré la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Integrante o Contratante Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Institución al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indican:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real. la obligación de la empresa aseguradora 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;
- b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Integrante, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Integrante en el momento de la celebración del contrato. Las Primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Integrante se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora 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 sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

### **13. Pago del Seguro**

La Institución pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los beneficiarios dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro.

A efecto de realizar el pago correspondiente, de conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, en ese sentido, el asegurado o beneficiario se obligan a entregar la siguiente documentación:

a) Para la cobertura de Fallecimiento:

- I. Acta de nacimiento del Asegurado.
- II. Acta de defunción del Asegurado.
- III. Identificación oficial del beneficiario
- IV. Comprobante de domicilio del beneficiario

b) Para la cobertura Muerte accidental:

- V. Acta de nacimiento del Asegurado.
- VI. Acta de defunción del Asegurado.
- VII. Parte de accidente de la autoridad que haya tomado conocimiento.
  
- VIII. Actuaciones del Averiguación Previa realizadas por el Agente del Ministerio Público que haya tomado conocimiento del evento en su caso.
- IX. Identificación oficial del beneficiario
- X. Comprobante de domicilio del beneficiario

c) Para la cobertura de invalidez total y permanente:

- XI. Acta de nacimiento del Asegurado.
- XII. Parte de accidente de la autoridad que haya tomado conocimiento.
- XIII. Actuaciones del Averiguación Previa realizadas por el Agente del Ministerio Público que haya tomado conocimiento del evento en su caso.
- XIV. Dictamen médico emitido por el IMSS o el ISSSTE en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el asegurado, en caso en los cuales un asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social como IMSS o ISSSTE,



deberá exhibir Dictamen médico emitido por un médico con especialidad en medicina del trabajo.

- XV. Identificación oficial del beneficiario
- XVI. Comprobante de domicilio del beneficiario

Con independencia de los documentos antes señalados, la Institución se reserva el derecho de solicitar otros documentos que le permitan determinar las circunstancias de la realización y consecuencias del siniestro.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio, lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Institución pagará a la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

La Prima anual no vencida, o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

#### **14. Intereses Moratorios**

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Institución 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 Integrante 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, el cual se transcribe a continuación:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se

- hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en

juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

## **15. Impuestos**

Los pagos que realice la Institución a sus Contratantes, Integrantes o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

## **16. Prescripción**

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

### **Artículo 81**

"Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

I.-En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

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

### **Artículo 82**

"El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

“Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

#### **Artículo 84**

"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 y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros".

#### **17. Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF”.

#### **18. Terminación del Contrato de Seguro**

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

- a) Fecha de término del periodo de Vigencia.
- b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Institución no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

- d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Institución, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el documento. En este caso, la Institución en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima Neta no devengada más el Costo de Adquisición no Devengado a la fecha de cancelación.
  
- e) La Institución podrá rescindir el contrato, en caso de agravación esencial del riesgo en términos de lo dispuesto por los artículos 52, 53 y 56 de la Ley sobre el Contrato de seguro, cuando se rescinda el contrato por agravación esencial del riesgo, la responsabilidad de la Institución terminará quince días después de la fecha en que se comunique la resolución al Asegurado.

### **19. Revelación de Comisiones**

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución 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 Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### **20. Prelación**

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

### **21. Aviso de Privacidad**

La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V. con domicilio en la calle de Aristóteles número 77 piso 1, Despacho 104, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550 Ciudad de México, (en adelante la Institución) recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato celebrado al cual se incorpora el presente aviso como si fuese parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de la Institución.

La información del TITULAR que recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a la Institución a compartirla en los siguientes casos:

Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios con el Titular.

En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de la Institución, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

I.- identificación oficial o documentación con el que se acredite la representación del Titular.

II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información la Institución dará respuesta en un plazo máximo de 20 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se dé a su información personal.

La Institución se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet [www.apvida.mx](http://www.apvida.mx).

Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

## **22. Procedimientos**

### **1. Certificados Individuales**

La Institución hará del conocimiento al Contratante del Certificado individual para que éste se los proporcione a los Integrantes del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura.
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 Y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

## **2. Relación de Integrantes**

La Institución al recibir en la solicitud de seguro, los Consentimientos de cada Integrante, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.



La Relación de Integrantes contendrá la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado.
- b) La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo.

### **3. Regla para Determinar Suma Asegurada**

Para efectos del cálculo de la Prima el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Integrantes.

La regla para determinar la Suma Asegurada deberá ir directamente relacionada para cada Categoría que el Contratante establezca.

### **4. Administración de la Póliza**

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Integrantes, relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste, podrá ser administrada de acuerdo a los sistemas siguientes:

#### **a) Sistema Autoadministrado**

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Institución y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información en ellos prevista.

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

## **b) Sistema Normal**

Mediante este sistema la Institución administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados y en su caso el pago de Dividendos.

Para este sistema, el Contratante deberá notificar a la Institución una vez al mes los movimientos de altas, bajas y aumentos de Suma Asegurada de alguno de los Integrantes durante la vigencia de la Póliza.

## **c) Sistema a Declaración**

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Institución y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información prevista en los Certificados y en su caso, el pago de Dividendos.

La Institución 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 de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

## **5. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato**

Quedarán cubiertos todos los Integrantes desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Institución su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

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

- a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Institución,

para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Institución podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Institución, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

- b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a la Institución el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

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

### **23. Ajuste de Primas**

Los ajustes en Primas por motivos de Incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo a la regla de Suma Asegurada establecida para los Integrantes, y con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. 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.

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas se realizarán de acuerdo a la edad, ocupación y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30

(treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

#### **24. Ingreso en el Grupo Asegurado**

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 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

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 los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 hacerla se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

#### **25. Bajas en el Grupo Asegurado**

Las personas que se separen definitiva mente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido, En este caso, la Institución restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Los Integrantes que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Institución el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Integrantes serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Integrante no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Institución cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

## **26. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato**

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Integrantes que se aseguran, Quedarán cubiertos todos los Integrantes que el Contratante reporte a la Institución y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

La Institución se compromete a proteger a los nuevos Integrantes desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad establecida en la carátula de la Póliza.

En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Institución, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Institución podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Institución, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada Máxima aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado. La indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

## **27. Modificaciones**

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosas respectivos, solo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Institución y se harán constar mediante endosas y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

## **28. Cambio de Contratante**

Cuando exista cambio de Contratante, la Institución podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Institución reembolsará a éste la Prima no devengada.

Para los casos en que el Integrante haya participado en el pago de la Prima la Institución 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, apegándose a lo mencionado en la cláusula Dividendos.

## **29. Cambio de Forma de Pago de las Primas**

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Institución y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

## **30. Cambio de Beneficiarios**

El Integrante de Grupo Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, tanto en Pólizas que se administren bajo el sistema denominado Autoadministrado, Normal y a Declaración, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a la Institución en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Institución elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Institución en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante.

### **31. Reconocimiento de Antigüedad**

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante tuvo en una Póliza de Grupo, en ésta o en otra Institución de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas y beneficios hayan sido contratadas u otorgados en ésta y en la Póliza anterior.

### **32. Renovación**

La cobertura y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Institución con un plazo máximo de 1 (un) año, y éste Contrato de Seguro se podrá renovar por plazos sucesivos de igual duración mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas siempre y cuando cumplan con los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades , de conformidad con lo señalado en el artículo 21 del mencionado reglamento. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Integrantes cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.

*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 18 de julio de 2017, con el número CNSF-S0069-0363-2017/CONDUSEF-002660-01.*