

SEGURO DE VIDA GRUPO COVID 19

Contenido

I. DEFINICIONES	3
II. CLÁUSULAS GENERALES.....	5
1. Contrato o Póliza	6
3. Vigencia.....	6
4. Prescripción.....	6
5. Modificaciones y Notificaciones.....	6
6. Prima Total	7
7. Pago de Primas.....	7
8. Ajuste de primas.....	8
9. Lugar de Pago.....	8
10. Periodicidad.....	8
11. Moneda	8
12. Rehabilitación.....	8
13. Competencia.....	9
14. Carencia de Restricciones.....	9
15. Indisputabilidad.....	9
16. Omisiones o Declaraciones Inexactas.....	9
17. Impuestos	10
18. Comisión.....	10
19. Prelación.....	10
20. Aviso de Privacidad	10
21. Comprobación del Siniestro.....	11
22. Pago del Seguro	11
III. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS.....	12



Condiciones Generales

IV. COBERTURAS	20
1. Cobertura de fallecimiento por COVID 19	20
2. Cobertura de Indemnización COVID positivo	21

I. DEFINICIONES

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., denominada en adelante como “La Aseguradora”, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la "Relación de Integrantes o Asegurados" 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, siempre y cuando se encuentren especificados en la Póliza y Certificado correspondiente, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

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.

➤ **La Aseguradora.**

Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V., en adelante “La Aseguradora”.

➤ **Contratante**

RAMIREZ MIRAMONTES Y ASOCIADOS, S.A. DE C.V. (Holding) Y/O COMERCIAL D’PORTENIS, SA DE CV Y/O FUTURO ABC SAPI DE CV.

➤ **Grupo Asegurado**

Para efectos de seguro se entenderá como grupo asegurado al conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantener un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, que den su consentimiento expreso para ello y estos estarán asegurados por los riesgos amparados en el presente contrato.

➤ **Asegurado**

Es aquella persona física integrante del grupo asegurado, quien firma el Consentimiento como miembro del Grupo Asegurado y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de la Póliza y certificado individual y que además que no estén afectados por estados de incapacidad o 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 incapacidad o invalidez total y/o parcial. Sin embargo, las coberturas contratadas tendrán efecto únicamente por padecimientos diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de incapacidad o invalidez previo. Esta limitación terminará 3 (tres) meses después de haber cesado el estado de invalidez referido.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Asegurado, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Asegurados de la Póliza. En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura por fallecimiento ni coberturas adicionales.

➤ **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 Asegurado en términos del Contrato de Seguro.

➤ **Categoría**

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

➤ **COVID-19**

Enfermedad causada por el coronavirus denominado SARS-COV-2.

➤ **Contrato o Póliza de Seguro**

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

➤ **Certificado Individual**

La Aseguradora expide un documento denominado Certificado individual por cada integrante del Grupo Asegurado donde se describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la póliza. Todos los Certificados individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada asegurado.

➤ **Consentimiento**

Documentos expedidos por La Aseguradora y entregados a los Asegurados a través del contratante o intermediario, mediante el cual el Asegurado acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

➤ **Enfermedades o Padecimientos Preexistentes**

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

- a) Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado;
- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y
- d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

➤ **Relación de Integrantes o Asegurados.**

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

➤ **Periodo de espera.**

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

➤ **Prima.**

Es el costo del seguro mediante el cual La Aseguradora ofrece protección a los Asegurados, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida de cada uno al momento de la contratación de la póliza.

➤ **Siniestro Cubierto.**

Es la realización de la eventualidad prevista en este Contrato, amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta póliza y que da origen al pago de la indemnización.

➤ **Suma Asegurada.**

Es monto máximo de indemnización que La Aseguradora se compromete a pagar al (o los) beneficiario(s) en los términos que establezcan las condiciones generales en el caso de la ocurrencia de un riesgo contratado.

La Suma Asegurada máxima de responsabilidad es elegida por el Contratante y por el cual, el(los) Asegurado(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.

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 Asegurados.

La Suma Asegurada se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado individual y Relación de Integranes o en los endosos correspondientes.

➤ **INDRE.**

(Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos)

➤ **COFEPRIS.**

(Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

II. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato o Póliza

Son testimonio de este contrato: La Solicitud del Seguro, la Póliza de seguro de Grupo Vida, el Registro de Asegurados o Relación de Integrantes, los Consentimientos de designación de beneficiarios, los Certificados Individuales, Condiciones Generales, endosos, en su caso la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique y los Recibos de pago.

2. Territorialidad

Se cubrirán las reclamaciones que ocurran dentro de la República Mexicana.

3. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la Póliza. 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. Para los integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado individual.

4. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en cinco años para las coberturas de fallecimiento y en dos para las demás, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley sobre el Contrato de Seguro.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Aseguradora 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del artículo 65, 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de La Aseguradora, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5. Modificaciones y Notificaciones

Toda comunicación entre La Aseguradora, el Asegurado, 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 Aseguradora cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

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

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosas respectivos, solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Aseguradora y éstas se hagan constar

mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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 a lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6. Prima Total

La prima total del grupo será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

7. Pago de Primas

El Contratante deberá pagar la Prima de la(s) cobertura(s) contratadas 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 de manera fraccionada, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que La Aseguradora 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 Aseguradora 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.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (cheque) (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.

8. Ajuste de primas

En caso de que durante la vigencia del contrato, la siniestralidad sea igual o superior al 80% de la prima, La Institución tendrá la facultad de incrementar la cuota de este contrato en un 20% sobre la prima original. Si la siniestralidad, después de haber sido ajustada la cuota, alcanza nuevamente el 80%, la Institución podrá ajustar la cuota nuevamente en un 20% sobre la prima original.

9. Lugar de Pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de La Aseguradora contra entrega del recibo expedido por la misma, salvo que se haya pactado hacer el pago mediante transferencia o depósito en la cuenta que La Aseguradora le proporcione al Contratante, en cuyo caso el comprobante de dicha operación será prueba del mismo.

10. Periodicidad

El Contratante podrá liquidar la prima anual de manera fraccionada, con periodicidad mensual, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que La Aseguradora determine en la fecha de emisión de cada recibo.

El contratante gozará de un periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima o de la fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades.

11. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

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.

12. 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 Aseguradora, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

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

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que La Aseguradora 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 Aseguradora acepte la propuesta.

13. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de La Aseguradora 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”.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, Correo: contacto@apvida.mx

También si lo prefiere puede presentar su reclamación directamente en las oficinas de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, con oficinas centrales en Av. insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100, Tel. 01(800)9998080, correo: asesoria@condusef.gob.mx

14. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

15. Indisputabilidad

El contrato 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 Aseguradora.

Transcurrido el plazo señalado en el párrafo precedente, 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 Aseguradora, 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.

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

16. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y/o los Asegurados al llenar el formato de Consentimiento.

Quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora 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, 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.

17. Impuestos

Los pagos que realice La Aseguradora a sus Contratantes, Asegurados 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.

18. Comisión

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

19. Prelación

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

20. 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 Aseguradora) recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por sí 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 Aseguradora.

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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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.

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.

21. Comprobación del Siniestro

La Aseguradora tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado 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 Asegurado 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, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá avisar a la institución de seguros tan pronto como cese el impedimento, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

22. Pago del Seguro

La Aseguradora 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 Aseguradora 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 por COVID 19:

- Acta de Defunción del asegurado (Original)
- Acta de Nacimiento del Asegurado (Original)
- Identificación Oficial del del asegurado (Copia), si la tuviere el beneficiario
- Identificación Oficial del beneficiario (Copia)
- Copia de Comprobante de Domicilio no menor a 3 meses del asegurado y del beneficiario, para el caso del comprobante del asegurado, se solicita sólo si el beneficiario lo tuviere en su poder.

- Original o copia Certificada del Acta de Defunción que acredite la Muerte por COVID-19 o bien por complicaciones respiratorias.
 - En caso de que el Acta no indique muerte por COVID deberá entregar el Certificado Original del Test Positivo, prueba oficial y certificada por las Instituciones de Salud aprobadas por la Federación.
- b) Para la cobertura de apoyo por prueba positiva:
- Acta de Nacimiento del Asegurado (Original)
 - Identificación Oficial del asegurado (Copia)
 - Copia de Comprobante de Domicilio no menor a 3 meses del asegurado
 - Original del Informe del Médico Tratante en formato libre.
 - Copia y/o original del Informe (diagnostico) del Médico Tratante en formato libre en caso de que sea aplicable.
 - Prueba de laboratorio Positiva para COVID 19 (avalada y certificado por el laboratorio de salubridad nacional INDRE y que esté certificada por Cofepris).

Se excluyen pruebas de laboratorios particulares.

Con independencia de los documentos antes señalados, La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar otros documentos en el caso de siniestros especiales, que le permitan determinar las circunstancias de la realización y consecuencias del siniestro, lo anterior de conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. 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., de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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.

III. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

1 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 Asegurado haya participado en el pago de la Prima La Aseguradora 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.

2 Terminación del Contrato

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

- a) La Aseguradora tiene la obligación de indemnizar los siniestros procedentes que hayan ocurrido durante la vigencia del producto.
- 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 Aseguradora no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.
- c) Cuando se pague los montos correspondientes a la cobertura contratada.
- d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a La Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que La Aseguradora reciba el documento. En este caso La Aseguradora 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, dentro del plazo de 30 días naturales contados a partir del ingreso de la solicitud de cancelación.

3 Reporte de Movimientos

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

4 Altas

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo 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 y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

5 Bajas

Las personas que se separen definitivamente 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 Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

La prima neta no devengada, se devolverá a quienes la hayan aportado mediante transferencia en un plazo de 30 días hábiles posteriores a la baja.

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.

6 Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, La Aseguradora mantendrá un registro de asegurados, el cual contendrá los siguientes datos.

- a) Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y edad de cada uno de los miembros del Grupo.
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla.
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.
- e) Coberturas amparadas

7 Verificación o Ajuste por edad

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

Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado deberán comprobarse legalmente, pudiendo ser en cualquier momento. Una vez comprobada la edad de un asegurado, la aseguradora hará la anotación correspondiente y no podrá exigir que se vuelva a comprobar la edad del asegurado.

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

La edad declarada por el Asegurado o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o durante la reclamación del siniestro. En el primer caso, La Aseguradora hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o extenderá al Asegurado 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 Asegurado o Contratante Asegurado.

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

Si la edad verdadera del Asegurado o Contratante Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por La Aseguradora 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 Asegurado, 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 Asegurado 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 Asegurado 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.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario La Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

8 Designación de Beneficiarios

El Asegurado deberá desde su ingreso al grupo asegurable, firmar su Consentimiento para ser asegurado y designar Beneficiarios, registrando el nombre completo de sus Beneficiarios, en el formato que para tal efecto sea proporcionado por el Contratante.

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a La Aseguradora. 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 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a La Aseguradora en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Aseguradora elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el asegurado y/o beneficiario 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.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, La Aseguradora pagará la cobertura por fallecimiento 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 Aseguradora, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible.

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 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 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 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.

9 Acción Directa de los Beneficiarios

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Aseguradora la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

10 Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiario(s) designado(s) o si solo se hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que el Asegurado haya renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

11 Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de Beneficiarios mediante notificación a La Aseguradora a través de su contratante o intermediario, la cual pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su

obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándolo a La Aseguradora y al propio Beneficiario, para su anotación correspondiente.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En el primer caso el importe del seguro para el Contratante no podrá ser mayor al saldo insoluto correspondiente.

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

12 Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a La Aseguradora dentro de un plazo de 5 días posteriores a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

13 Pago de la Suma Asegurada

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios o al Asegurado, la indemnización que proceda posterior a los 30 días siguientes a aquel en el que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

14 Pruebas

El reclamante presentará a su costa a La Aseguradora, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a La Aseguradora de cualquier obligación.

15 Pagos indebidos

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a La Aseguradora.

16 Régimen Fiscal

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado o a sus Beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

17 Interés Moratorio

En caso de que La Aseguradora, 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 Aseguradora 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, 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora, 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.

18 Administración de la Póliza:

Sistema Normal

Mediante este sistema la Institución administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados.

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.

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 Asegurados que se aseguran, Quedarán cubiertos todos los Asegurados que el Contratante reporte a La Aseguradora y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

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.

La Aseguradora se compromete a proteger a los nuevos Asegurados 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 Aseguradora, para cada caso concreto, su solicitud a lo que La Aseguradora podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por La Aseguradora, 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 Asegurados y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

IV. COBERTURAS

1. Cobertura de fallecimiento por COVID 19

Mediante esta Cobertura, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura y establecida en el certificado individual, en una sola exhibición y por una sola vez, en caso de que al Asegurado se le diagnostique COVID-19 dentro de la vigencia de la póliza, y fallezca a causa de la misma, siempre que su certificado y la póliza estén en vigor al momento del diagnóstico.

Las edades de aceptación aplicarán de acuerdo a los siguientes límites de aceptación de 18 a 60 años.

La presente cobertura cuenta con un periodo de espera de 14 días naturales contados a partir de la expedición del certificado individual correspondiente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR COVID-19

Este contrato no cubre:

- a) Fallecimiento del Asegurado por causas distintas al COVID-19.**
- b) Fallecimiento del Asegurado ocasionado por COVID-19, diagnosticada antes del inicio de vigencia de la póliza.**
- c) Fallecimiento del Asegurado ocasionado por COVID-19, cuyo diagnóstico se haya expedido por instituciones o centros de salud privados, o laboratorios que no hayan recibido del Gobierno Federal la validación**

correspondiente para efectuar la prueba para detectar la enfermedad COVID-19.

- d) Personal de Servicio militar o de seguridad oficial.**
- e) Trabajadores de los Servicios de Salud.**
- f) Doctores, enfermeras y en general los profesionales de la salud.**
- g) Enfermedad Preexistente a la firma de este contrato y sus consecuencias en los términos de los beneficios contratados.**
- h) Eutanasia a consecuencia de la enfermedad por COVID-19 a menos que haya sido probada muerte cerebral.**
- i) Suicidio cualquiera que hayan sido los motivos.**
- j) Muerte por Accidentes.**
- k) Muerte por cualquier otra causa que nos sea derivada por Covid-19.**

2. Cobertura de Indemnización prueba positiva

Si a consecuencia directa de la enfermedad COVID-19, el Asegurado es diagnosticado con COVID 19, la Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura y establecida en el certificado individual, en una sola exhibición y por una sola vez, siempre que el diagnóstico de COVID-19 se expida dentro de la vigencia de la póliza, y su póliza esté en vigor al momento del diagnóstico.

Las edades de aceptación para este beneficio serán de 18 a 60 años.

En caso de requerir edades fuera de límites establecidos en las presentes condiciones será necesario solicitarlo por escrito para que La Aseguradora evalúe costos y condiciones de aceptación y en su caso se emita el endoso correspondiente, según lo determinado en el producto registrado.

La presente cobertura cuenta con un periodo de espera de 14 días naturales contados a partir de la expedición del certificado individual correspondiente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN COVID POSITIVO.

Este contrato no cubre:

- a) Personal de Servicio militar o de seguridad oficial.**
- b) Trabajadores de los Servicios de Salud.**
- c) Doctores, enfermeras y en general los profesionales de la salud.**
- d) Enfermedad Preexistente a la firma de este contrato y sus consecuencias en los términos de los beneficios contratados.**
- e) Eutanasia a consecuencia de la enfermedad por COVID-19 a menos que haya sido probada muerte cerebral.**

- f) Suicidio cualquiera que hayan sido los motivos.**
- g) Reclamación del beneficio por contagio de COVID-19 que no se presente dentro de los primeros 90 días después de obtener el test positivo.**

ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 202 Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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.
- VII. 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;
- VIII. 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;

- IX. 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.
- X. 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

- XI. 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.

ARTÍCULO 492 Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - (a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

- (b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO 8 El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca y deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 9 Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10 Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 25 Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

ARTÍCULO 70 Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el 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 de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 71 El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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.

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 ocurrido, 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.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

ARTÍCULO 68 La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
- I BIS.** La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.
- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
- VII. Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VIII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- IX. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditarse su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- X. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- XI. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.
- XII. En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

ARTÍCULO 17

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

ARTÍCULO 18

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora 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 21

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones

en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

“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 ** de enero de 2019, con el número CNSF-S0069-*-2019/CONDUSEF- 00****_**”**

ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Contratante

Asegurado

Fecha de Emisión del Endoso

Número de Póliza

Por este endoso, que se adhiere y forma parte integrante de la póliza arriba mencionada desde la fecha de su emisión, siempre y cuando se hubiere contratado se hace constar lo siguiente:

La Aseguradora aceptará en aquellos grupos que ya tenían contratada una póliza similar, los consentimientos más recientes que se tengan firmados en otra aseguradora autorizada por la SHCP para operar en el ramo de seguros correspondiente, debiendo estar certificados por parte del Contratante en caso de que el Asegurado sufra un siniestro mientras se requisita el formato de La Aseguradora.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“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 ** de enero de 2019, con el número CNSF-S0069-**-2019 /CONDUSEF.”**

ENDOSO DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES EMITIDOS POR EL CONTRATANTE

Contratante

Asegurado

Fecha de Emisión del Endoso

Número de Póliza

Por este endoso, que se adhiere y forma parte integrante de la póliza arriba mencionada desde la fecha de su emisión, siempre y cuando se hubiere contratado se hace constar lo siguiente:

Serán válidos para las indemnizaciones correspondientes los Certificados Individuales existentes, elaborados y/o emitidos por la Contratante.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“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 ** de enero de 2019, con el número CNSF-S0069-**-2019 /CONDUSEF.”**

ENDOSO DE LÍMITE DE EDAD

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

Por este endoso, que se adhiere y forma parte integrante de la póliza arriba mencionada desde la fecha de su emisión, siempre y cuando se hubiere contratado se hace constar lo siguiente:

Se aceptan en las coberturas que otorga esta póliza a los siguientes asegurados:

NOMBRE DEL ASEGURADO	EDAD	Cobertura

Lo anterior aun cuando su edad se encuentra fuera de los límites establecidos en las Condiciones Generales.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“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 ** de enero de 2019, con el número CNSF-S0069-**-2019 /CONDUSEF.”**

ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del
Endoso
Número de Póliza

Por este endoso, que se adhiere y forma parte integrante de la póliza arriba mencionada desde la fecha de su emisión, siempre y cuando se hubiere contratado se hace constar lo siguiente:

La Aseguradora aceptará el incremento la suma asegurada máxima individual para el asegurado señalado en el presente endoso, quedando de la siguiente forma:

Nombre completo	Cobertura	Incremento de Suma Asegurada

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“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 ** de enero de 2019, con el número CNSF-S0069-**-2019 /CONDUSEF.”**

