

## **SEGURO VIDA INSTITUCIONAL Y AHORRO**

### Contenido

<b>I. DEFINICIONES .....</b>	<b>2</b>
<b>II. CONDICIONES GENERALES .....</b>	<b>5</b>
<b>III. INDEMNIZACIÓN Y BENEFICIARIOS .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. PROCEDIMIENTO OPERATIVO .....</b>	<b>20</b>
<b>V. ENTREGA DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>VI. COBERTURAS .....</b>	<b>21</b>
<b>VII. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES .....</b>	<b>29</b>

## 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 al Asegurado de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma y de acuerdo con la definición de Asegurado, la protección por la cobertura contratada, en apego a las especificaciones de la Póliza, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

La Aseguradora se obliga a brindar al Asegurado la protección por los beneficios amparados en los términos de esta Póliza, a partir del momento en que el Asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y durante la vigencia del presente seguro.

El presente Contrato de Seguro se registrará por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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”.

➤ **Asegurado**

Servidores Públicos que indique el Contratante

➤ **Beneficiario**

Es la persona física o moral en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro, por haber sido designado para tal efecto por el Asegurado en términos del Contrato de Seguro.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá modificar en cualquier tiempo la designación de Beneficiarios, mediante notificación por escrito que deberá remitirse a La Aseguradora para la anotación correspondiente. En el supuesto de que la notificación de que se trata no se reciba oportunamente y La Aseguradora pague el importe del Seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento, el Asegurado conviene que el pago se realizará sin responsabilidad alguna para ésta.

➤ **Beneficiario Irrevocable**

En cualquier momento, el Asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario, designando Beneficiarios Irrevocables. Para que dicha renuncia surta efecto, será necesario que el Asegurado la notifique por escrito a los Beneficiarios y a La Aseguradora, y que se haga constar en la Póliza, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

➤ **Certificado Individual**

La Aseguradora expide un documento denominado Certificado individual por cada integrante del Grupo Asegurado donde se describen 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, salvo pacto en contra establecido en endoso correspondiente.

➤ **Cesión de derechos**

Esta póliza es nominativa y sólo podrá ser cedida en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro mediante declaración por escrito de ambas partes y notificadas por escrito a La Aseguradora.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

➤ **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.

➤ **Contratante**

Entidad Pública, Federal, estatal o Municipal con la que se celebra el contrato de seguro para sus empleados que cumplen con la definición de grupo asegurable, misma que tiene la capacidad legal de celebrar el contrato de seguros con el objeto de nombrar a cada integrante elegible del grupo para que forme parte en los términos de las presentes Condiciones Generales y del Contrato de Seguro y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

➤ **Contrato o Póliza de Seguro**

Es el acuerdo de voluntades celebrado entre La Aseguradora y el Asegurado, donde se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato.

➤ **Culpa grave**

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones. En ella, se omiten las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

➤ **Detalle del movimiento**

Es la información detallada de retiros, rendimientos, cargos y aportaciones al Fondo de reserva que se encuentra señalado en el estado de cuenta.

➤ **Grupo Asegurado**

Para efectos de seguro se entenderá como:

Los servidores públicos que indique el contratante.

**Quedan expresamente excluidos de este seguro jubilados y/o pensionados salvo pacto en contrario establecido en el endoso correspondiente.**

➤ **Invalidez Parcial**

Pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita a una persona para desempeñar su trabajo de manera normal.

➤ **Incapacidad Laboral**

Pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita a una persona para desempeñar su trabajo ya sea de manera parcial o total.

➤ **Práctica amateur de deportes extremos.**

Aquellas actividades físicas de ocio con un componente deportivo que comparten una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican.

➤ **Práctica profesional de deportes extremos.**

Aquellas actividades físicas por las cuales se recibe una remuneración económica, con un componente deportivo que comparten una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican.

➤ **Relación de Integrantes o Asegurados.**

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

➤ **Retiro.**

Cesar el ejercicio laboral por haber alcanzado la edad máxima.

➤ **Separación.**

Cesar el ejercicio laboral sin haber alcanzado la edad máxima para retiro ya sea por despido, acuerdo mutuo o invalidez.

➤ **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**

Será el monto autorizado por la Aseguradora al momento de contratar la póliza para la cobertura contratada, limitada a la Suma Asegurada Máxima.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante.

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

➤ **Suma Asegurada Máxima.**

Es el 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.

➤ **Versión**

Documento emitido por La Aseguradora con posterioridad a la fecha de inicio del Contrato de Seguro, el cual conserva el mismo número de Póliza y refleja las condiciones actuales del Contrato de Seguro.

## II. CONDICIONES GENERALES

➤ **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, las particulares y adicionales; los endosos, en su caso la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique y los Recibos de pago

➤ **Versión de la Póliza**

Las modificaciones que se hagan al presente Contrato y que sean registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, constarán en versiones subsecuentes, conservándose el mismo número de Póliza y adicionando a ésta el número de versión consecutivo que corresponda.

Los cambios que se hagan al Contrato registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y que se constaten en cada nueva versión, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los artículos 25 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedando sin efectos legales todas las versiones anteriores que obren en poder del Asegurado, salvo las estipulaciones que no hayan sido modificadas, las cuales serán reproducidas en su totalidad en la nueva versión, no aplicando para ellas lo establecido en los preceptos legales que se indican en esta cláusula.

➤ **Vigencia de la Póliza**

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, su vigencia se hará constar en el Certificado individual.

➤ **Principio y Terminación de Vigencia**

La cobertura del seguro podrá ser menor o igual a un año.

El inicio y fin de vigencia de la Póliza se especificará en la Carátula de la misma. El periodo comprendido entre el inicio y fin de vigencia será igual al Plazo del Seguro.

➤ **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

➤ **Renovación**

La Aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, renovar el presente contrato mediante Endoso a la póliza en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades vigente a la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades:

“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.”

➤ **Reconocimiento de Antigüedad**

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Asegurado 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

➤ **Moneda**

Los pagos que realice la Aseguradora se efectuarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago, independientemente de la denominación del plan contratado, 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.

➤ **Aspecto Fiscal o impuestos**

Los pagos que realice La Aseguradora a sus Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a las reglas de retención de impuestos que en su caso apliquen de acuerdo con las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

➤ **Prima Total**

La prima total del grupo será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados para el pago de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

➤ **Prima del Seguro Puro**

Es el costo del seguro mediante el cual La Aseguradora ofrece protección al Asegurado, basado en el riesgo por fallecimiento, inhabilitación por incapacidad permanente total o gasto funerario y Suma Asegurada contratada por cobertura.

➤ **Fondo de Reserva**

Es el fondo se constituirá a partir de las primas aportadas tanto por el Asegurado como por el Contratante por concepto de Prima Fija del Seguro más las aportaciones Extraordinarias que aporta el Asegurado en cualquier momento durante el plazo del seguro, así como por la prima Inicial que en su caso llegara a aportar el Asegurado proveniente de su Fondo de Reserva previo a la contratación de la presente Póliza más los rendimientos reconocidos, menos los cargos correspondientes y menos los retiros durante el plazo del seguro.

El cargo correspondiente que se descontará será por concepto administración cada mes durante el plazo del seguro de la póliza del Fondo de Reserva y se especificará en el endoso correspondiente.

El Fondo de Reserva se invertirá en apego a las reglas de inversión determinadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), por lo que el producto no garantiza una tasa de rendimiento.

➤ **Detalle del movimiento**

Es la información detallada de retiros, rendimientos, cargos y aportaciones al Fondo de Reserva que se encuentra señalado en el estado de cuenta.

➤ **Pago de Primas**

El Contratante deberá pagar la Prima anual 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.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual 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, salvo pacto en contra.

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.

Todas las aportaciones serán consideradas como prima y podrán ser realizadas en las oficinas de la aseguradora o por cualquier otro medio que la Aseguradora establezca, como puede ser cargo referenciado o transferencia electrónica de fondos a favor de La Aseguradora.

El comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto La Aseguradora entregue el recibo correspondiente al Asegurado.

➤ **Extinción de las Obligaciones de La Aseguradora**

"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato" (Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"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 9 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). "Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario" (Artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). "Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10o de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro" (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra 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 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Si el valor en efectivo a que tuviera derecho el Asegurado no fuera suficiente para pagar los cargos mensuales, cesarán automáticamente los derechos de la póliza.



➤ **Terminación Anticipada del Contrato**

El Asegurado podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro presentando una solicitud por escrito en las oficinas de la Aseguradora o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación, con 30 días hábiles de anticipación a la fecha en que se desea dar por terminado. La Aseguradora se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado que formule la solicitud de terminación respectiva y, posterior ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio en un plazo no mayor a 30 días hábiles. En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado, la Aseguradora no podrá negar el trámite de cancelación cuando éste se realice por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación; tampoco podrá negar o retrasar el trámite sin que exista una causa justificada.

En caso de cancelación anticipada se devolverá el importe del Fondo de Reserva dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de cancelación.

➤ **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.

➤ **Modificaciones y Notificaciones**

Toda comunicación entre La Aseguradora, el Asegurado y/o el Beneficiario deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza.

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio de domicilio señalado en carátula de la Póliza durante la vigencia correspondiente.

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

Los requerimientos y comunicaciones que La Aseguradora deba hacer al Asegurado, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca La Aseguradora.

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosos respectivos solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Asegurado 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.

➤ **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.

➤ **Indisputabilidad**

El contrato durante 2 (dos) años de vigencia continúa e ininterrumpida, siempre será disputable 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 Asegurado 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 con 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.

➤ **Rehabilitación**

En caso de 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.

➤ **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.

➤ **Dividendos**

Este contrato no otorga dividendos

➤ **Prelación**

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

➤ **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, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, Tel. (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, Ciudad de México, C.P. 03100, Tel. 01(800)9998080, correo: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

➤ **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 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 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](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.

➤ **Reporte de Movimientos**

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, de acuerdo a la forma de administración de la póliza convenida.

➤ **Altas y bajas**

La póliza será auto administrada y al final de la vigencia se realizará el cobro o devolución de primas por los movimientos de alta, bajas, por lo que el contratante se obliga a entregar el listado actualizado al finalizar la vigencia de las pólizas, con el objetivo de realizar el ajuste de primas por dichos movimientos, es decir los movimientos de altas y bajas que ocurran durante la vigencia serán cubiertos automáticamente hasta la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando cumplan con la definición de grupo asegurable, por lo que no será necesario su reporte.

La Aseguradora tendrá la obligación de amparar al Asegurado desde el momento que sea dado de alta como servidor público a favor del Contratante, aunque aún no se haya recibido el documento de aviso de alta del servidor público.

Si por motivo de error u omisión involuntaria, no se incluye algún servidor público para su aseguramiento, la Aseguradora adjudicada le dará cobertura con el pago de prima correspondiente.

En caso del personal en servicio activo, que se encuentre en licencias médicas sin goce de sueldo, se considerará asegurado, y el pago de la prima será con cargo a las primas calculadas al inicio de la vigencia del seguro.

Si por algún motivo la Aseguradora no logra tener requisitado el certificado individual por parte del servidor público asegurado, se aceptará como válido para efecto del pago de indemnización, el documento que se haya requisitado con la Aseguradora contratada en la vigencia anterior, o a falta de este último, se aceptará la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social establecido por el Contratante.

Para nuevas altas se deberá llenar el Consentimiento de la Aseguradora que resulte adjudicada.

Los consentimientos deberán ser recabados por el contratante, debidamente requisitados y firmados por los asegurados, y entregados a la Aseguradora que resulte adjudicada.

Para el caso de la Secretaría de Seguridad la Institución de Seguros adjudicada deberá entregar consentimientos suficientes para que los servidores públicos realicen la designación de beneficiarios. (Sin el nombre del servidor público).

### **III. INDEMNIZACIÓN Y BENEFICIARIOS**

➤ **Procedimiento en caso de Siniestro**

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de La Aseguradora.

El Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el Contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la procedencia de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, La Aseguradora tendrá derecho de exigirle toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con el fin de determinar las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

➤ **Lugar y Pago de la Indemnización**

La Aseguradora pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

➤ **Proceso en Caso de Siniestro de esta Póliza.**

Para el pago de cualquiera de las coberturas contratadas, se deberá entregar la correspondiente solicitud de reclamación en el formato que al efecto La Aseguradora entregue, en que se consignarán todos los datos e informes que en el mismo se indiquen y será firmado por el interesado o su representante legal, según corresponda, bajo protesta de decir verdad, al que se deberá acompañar documentación indicada en Documentos para la Reclamación.

➤ **Comprobación del Siniestro**

La Aseguradora tiene derecho de solicitar al 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 cuyo caso deberán de dar aviso en cuanto este cese, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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.

➤ **Pago de la Indemnización**

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 documentación de acuerdo con el apartado de documentos para la reclamación de siniestros debidamente cotejados contra el original.

Nota: Cuando existen incongruencias en los documentos presentados es necesario solventar esas inconsistencias y acreditar las mismas con los documentos adicionales en copia certificada que cumplan con los requisitos legales, y que sean emitidos por las instituciones que correspondan; y en casos especiales cuando aplique: juicio de sucesión testamentaria, tutoría de beneficiarios menores de edad, acreditación de concubinato, etc.

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.

Cualquier adeudo derivado del contrato de seguro que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

➤ **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.

➤ **Administración de la Póliza**

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante bajo el concepto Autoadministrada y consiste en:

La póliza será auto administrada y al final de la vigencia se realizará el cobro o devolución de primas por los movimientos de alta, bajas o cambios de suma asegurada, dependencia, organismo auxiliar o autónomo, por lo que el contratante se obliga a entregar el listado actualizado al finalizar la vigencia de las pólizas, con el objetivo de realizar el ajuste de primas por dichos movimientos, es decir los movimientos de altas y bajas que ocurran durante la vigencia serán cubiertos automáticamente hasta la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando cumplan con la definición de grupo asegurable, por lo que no será necesario su reporte.

Dado que será una póliza auto administrada, al término de la vigencia se obtendrá la diferencia con el importe de la suma asegurada total, reportada en el período finalizado a la que se aplicará la cuota mensual, por un período igual a la mitad del período efectivo de vigencia, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto, que incluye lo que corresponda a modificaciones en las sumas aseguradas y bajas y/o altas de asegurados, es decir a partir de la cuota



mensual de los participantes con que inicie la cobertura, se efectuará el ajuste de primas al final de la vigencia.

El Contratante se comprometerá a administrar y resguardar los documentos consistentes en los Consentimientos y designación de beneficiarios y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato, el contratante entregará el original al beneficiario haciendo constar que es la última que elaboró el asegurado.

De igual forma, hará entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Asegurados la información en ellos prevista.

La Aseguradora 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.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados 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 Aseguradora su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante no entregará a La Aseguradora reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose La Aseguradora a proteger a los nuevos Asegurados 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:

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 Asegurados 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 Asegurado, 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.

➤ **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 podrá consultar en la sección VII. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES.



➤ **Documentos para Reclamación**

**1 Documentos para Reclamación de Siniestros por Fallecimiento**

Se deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Formatos de Solicitud de pago para reclamación de indemnización del o de los beneficiarios.
- b) Copia certificada del acta de defunción del asegurado
- c) Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- d) Copia certificada del acta de nacimiento de los beneficiarios.
- e) Copia certificada del acta de matrimonio (según el caso).
- f) Comprobante de domicilio del beneficiario.
- g) Formato de designación de beneficiarios debidamente requisitado, si se encontrara en poder del beneficiario.
- h) Comprobante del último pago de sueldo del asegurado (si lo tuviera).
- i) Identificación oficial vigente con fotografía del asegurado (si estuviera en poder del beneficiario) y de los beneficiarios.
- j) Para el beneficio de anticipo por enfermedades terminales, el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.

Cuando no exista beneficiario designado o si sólo 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.

En caso de que el asegurado no haya requisitado el formato de la Designación de Beneficiarios o no haya realizado testamento y no exista de por medio el trámite de un Juicio Sucesorio de los bienes del asegurado se podrá pagar la suma asegurada que corresponda, si ésta no excede de un importe de 400 unidades de medida y actualización mensual vigentes, (U.M.A.M.) a la fecha del siniestro, a sus beneficiarios en línea directa, ya sea esposa, hijos o padres, previa manifestación por escrito del hecho, por parte de los reclamantes, y con la presentación de la documentación que los acredite como tales, acta de matrimonio, actas de nacimiento, presentación de dos testigos e identificaciones oficiales con fotografía.

Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que el asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

**2 Documentos para reclamación de cobertura de inhabilitación por incapacidad permanente total.**

- a) Dictamen médico de inhabilitación por incapacidad permanente total, emitido por el Instituto de Seguridad Social correspondiente.
- b) Aviso de baja.
- c) Comprobante de domicilio del asegurado.
- d) Identificación oficial vigente con fotografía del asegurado.
- e) Comprobante del último pago de sueldo del asegurado.
- f) Formato de Solicitud de pago para reclamación de indemnización.

### **3 Documentos para la cobertura de gastos funerarios.**

De manera adicional a los documentos de la cobertura de fallecimiento, se requerirán los siguientes:

- a) Formatos de Solicitud de pago.
- b) Recibos o facturas de los servicios funerarios
- c) Se aceptará la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social que corresponda, o el formato de designación de beneficiarios de la Institución de Seguros anterior, en caso de no contar con la designación de beneficiarios.

### **4 Documentos para reclamación de cobertura de separación o retiro.**

- a) Solicitud de pago del servidor público
- b) Constancia de baja del servicio activo del asegurado, expedida por la Dirección General de Personal (copia cotejada del Formato Único de Movimiento de Personal).
- c) Comprobante del último pago de sueldo del asegurado, a efecto de acreditar la última aportación realizada.

En caso de reclamar la cobertura por fallecimiento o inhabilitación por incapacidad permanente total aplican los documentos indicados en el apartado de documentos respectivos.

En caso de no contar con la designación de beneficiarios, se acepta la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social que corresponda, o el formato de designación de beneficiarios de la Institución de Seguros anterior.

Nota: La certificación de los documentos solicitados no deberá rebasar los tres meses contados a partir de la fecha de la certificación.

Con independencia de los documentos antes señalados, La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar otros documentos en 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.

#### **➤ Designación de Beneficiarios**

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 con el artículo 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a La Aseguradora y que conste en la Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el cual será el único medio de prueba admisible.

La Protección Contratada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

## **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.**

### **1 Acción Directa de los Beneficiarios**

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

### **2 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 asegurado y/o beneficiarios deberán 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.

➤ **Consentimientos**

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.

#### **IV. PROCEDIMIENTO OPERATIVO**

➤ **Verificación o Ajuste por edad**

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Las edades declaradas por los asegurados 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.

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.

## **V. ENTREGA DE INFORMACIÓN**

La Aseguradora está obligada a entregar al asegurado o contratante la siguiente información y documentación:

I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;

II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;

III. La dirección de la página electrónica en Internet de La Aseguradora, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de La Aseguradora;

V. Los datos de la Unidad Especializada de La Aseguradora.

VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

La Aseguradora enviará al Asegurado la Póliza y sus Condiciones Generales mediante el medio seleccionado por el asegurado en la solicitud del seguro.

## **VI. COBERTURAS**

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de La Aseguradora y del Asegurado.

### ➤ **Edad de aceptación o admisión**

Los límites de admisión fijados por La Aseguradora para este Contrato son: 18 años como mínimo y sin límite de edad como máximo, en caso de solicitar edades fuera de las establecidas, La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar bajo costos y condiciones que se especifiquen y establezcan en la Póliza.

## **1. Cobertura básica por fallecimiento**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza, en caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado más el fondo de reserva correspondiente.

La Aseguradora amparará al servidor público desde el momento que sea dado de alta ante el Contratante, aunque aún no se haya recibido el documento de aviso de alta del servidor público.

El pago de la suma asegurada de vida excluye el beneficio adicional de inhabilitación por incapacidad permanente total.

### **Anticipo por Enfermedades Terminales**

La Aseguradora otorgará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento establecido en la caratula de la póliza como anticipo en caso de que el asegurado presente una de las siguientes enfermedades terminales:

- Cáncer.
- Insuficiencia cardiaca.
- Insuficiencia hepática crónica.
- Insuficiencia renal crónica.
- Insuficiencia respiratoria crónica.

Para el otorgamiento de esta cobertura, se debe de acreditar que el asegurado padece alguna de las siguientes enfermedades terminales: se demuestre ser progresiva e incurable y se pronostique la muerte del Asegurado dentro de un lapso no mayor a los 12 meses contados a partir de la fecha del dictamen firmado por el Instituto de Seguridad Social que corresponda así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico; el médico tratante deberá contar con documento que acredite el legal ejercicio de su profesión.

El pago del Anticipo por Enfermedad Terminal no implica la aceptación y procedencia del pago remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento.

Al momento de proceder el pago Anticipo del porcentaje de la suma asegurada por enfermedades terminales, quedar sin efecto las coberturas de incapacidad permanente total y se verá reducido el monto de cobertura por fallecimiento por la misma proporción del anticipo.

## **2. Cobertura por inhabilitación por incapacidad permanente total**

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura más el Fondo de Reserva en caso de recibir pruebas de los derechos de los beneficiarios y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de inhabilitación por incapacidad permanente total.

La cobertura de inhabilitación por incapacidad permanente total- Se define como inhabilitación cuando el servidor público sufra una incapacidad física o mental, permanente, que le impida su trabajo. También se considera inhabilitación por incapacidad permanente total la pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, de las dos manos, de los dos pies o la pérdida conjunta de una mano, un pie y la vista de un ojo.

Para el caso de inhabilitación por incapacidad permanente total será el Instituto de Seguridad Social que establezca el Contratante.

En los casos de inhabilitación por incapacidad permanente total, la fecha de siniestro será la establecida en el dictamen médico del Instituto de Seguridad Social correspondiente, por lo que se deberá de presentar el aviso de baja, a fin de constatar que el asegurado hizo valer el evento ante el contratante.

**No se pagará la suma asegurada por inhabilitación por incapacidad permanente total, cuando la causa que motivó este estado sea preexistente al último ingreso como servidor público.**

El pago de la suma asegurada del beneficio adicional de inhabilitación por incapacidad permanente total excluye cualquier el beneficio por fallecimiento, el de gasto funerario y en su caso el de anticipo por Enfermedades Terminales.

### **Exclusiones**

**Será motivo de exclusión de esta cobertura, si la Invalidez del Asegurado se produce a consecuencia de:**

- a) **Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- b) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.**
- d) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una**



aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente.

- f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente.
- h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente.
- i) Estados de Invalidez Parciales o Incapacidades Laborales que se hayan presentado en los últimos seis meses antes del alta del Certificado o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del certificado.
- j) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
- k) Lesiones por radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.
- l) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.



**Para efectos de esta exclusión, se entenderá que el asegurado se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando presente 0.05 mg/dL.**

- m) Lesiones por cualquier alteración psicológica.**
- n) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas sustancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.**

**Para efectos de esta exclusión, se entenderá que el asegurado se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando presente 0.05 mg/dL.**

- o) Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**

### **3. Cobertura de Gastos Funerarios**

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza y certificado individual, si el asegurado fallece. Este pago será por una sola vez al(los) beneficiario(s) que presente los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la suma asegurada contratada y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

En caso de no tener designación de beneficiarios se acepta la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social que corresponda, o el formato de designación de beneficiarios de la Institución de Seguros anterior.

### **4. Cobertura por Separación o Retiro**

En caso de que el Asegurado llegara a separarse del servicio a favor del Contratante durante el plazo del seguro, La Aseguradora liquidará en una sola exhibición, el importe del fondo de reserva acumulado a la fecha establecida como separación o retiro, quedando extinguida toda responsabilidad que La Aseguradora tuviera en relación con la póliza.

El importe de la prima fija mensual a aportar quincenalmente, a elección de cada asegurado, será de: 2% (dos por ciento), 4% (cuatro por ciento), 5% (cinco por ciento) o 10% (diez por ciento), de su sueldo integrado bruto mensual (sueldo base y gratificación) de cada servidor público.

Para la operación de esta cobertura, el Contratante aportará a la cuenta del servidor público, un monto equivalente al que aporte éste y que podrá ser del 2%, 4%, 5% o 10% de su sueldo integrado bruto.

La Aseguradora amparará a los asegurados, hasta por un monto equivalente al importe de las primas ingresadas por este concepto a la Aseguradora por cada asegurado, en el momento que éste desee adherirse a este seguro, adicionándole los intereses a partir de la fecha de su recepción.

La Aseguradora pagará al asegurado o a sus beneficiarios el importe acumulado correspondiente de esta cobertura más intereses reconocidos, de acuerdo con el porcentaje de aportación que haya elegido de forma optativa, en caso de que ocurran los siguientes eventos:

- a) Separación del servicio público.
- b) En caso de fallecimiento.
- c) Inhabilitación por incapacidad permanente total.
- d) Retiro.

La indemnización de las coberturas de fallecimiento o Inhabilitación por incapacidad permanente total se realizará en un plazo no mayor a los doce días naturales, a partir de que se documente completamente.

Por lo que hace a esta cobertura de separación o retiro, la Aseguradora pagará el Fondo de Reserva que corresponda al asegurado que dentro de la vigencia de este convenio se separe del servicio activo a favor del Contratante, como consecuencia: del ejercicio de su derecho para obtener una pensión o jubilación conforme la Ley del Instituto de Seguridad Social que corresponda, o por así convenir a sus intereses o porque sea separado del servicio.

De la prima:

El importe de la prima fija mensual a pagar quincenalmente, a elección de cada asegurado, será de: 2% (Dos por ciento), 4% (cuatro por ciento), 5% (cinco por ciento), ó 10% (diez por ciento) de su sueldo integrado bruto mensual (sueldo base y gratificación) de cada servidor público. El 50% (cincuenta por ciento) de dicha prima será cubierto por los propios asegurados, mediante cargo a su sueldo a través del sistema de nómina y el otro 50% (cincuenta por ciento) por el Contratante.

Para la operación de este seguro, el Contratante aportará a la cuenta del servidor público, un monto equivalente al que aporte éste y que podrá ser del 2%, 4%, 5% o 10% de su sueldo integrado bruto.

Tratándose de servidores públicos que soliciten su separación del Fondo del Retiro para los Servidores Públicos, que tengan previo al inicio de vigencia y sea indicado por el Contratante, para incorporarse esta cobertura de Separación o Retiro, la Aseguradora recibirá por concepto de prima fija inicial, los recursos acumulados por cada uno de ellos en dicho fondo, los cuales formarán parte del Fondo de reserva de cada asegurado, en el entendido de que la recepción de tales recursos por la Aseguradora no implicará

responsabilidad alguna para ella en cuanto a su importe. Para este efecto, el comité técnico del fideicomiso mediante el cual se opera el referido Fondo instruirá a la fiduciaria para que realice las aportaciones de los servidores públicos a la cobertura de Separación o Retiro, con sujeción a los términos y condiciones que para tal efecto convengan por escrito el Contratante y la Aseguradora. Dicha prima no estará sujeta al rescate mencionado en el apartado de Rescates y solo será pagadera conforme a lo estipulado en el apartado de pago de suma asegurada. Los pagos adicionales extraordinarios de prima, podrá efectuarlos el asegurado, directamente en las oficinas de la Aseguradora, o mediante depósito en la entidad financiera y número de cuenta cuyos términos y condiciones al efecto convenga el Contratante, sin generar obligación alguna a éste. Para los efectos anteriores, el monto de todos los pagos adicionales extraordinarios de prima que haga un asegurado no podrá exceder del importe de sus percepciones netas totales anuales. El Contratante efectuará las retenciones correspondientes vía nómina, por concepto de pago de prima, a los integrantes de la colectividad asegurada, mismas que serán entregadas a más tardar tres días hábiles antes del día quince y día último de cada mes o del día hábil anterior, junto con la que el Contratante haga por cada servidor público a asegurar.

En el caso de los pagos adicionales extraordinarios de prima, que se realicen en la Institución de Seguros o mediante depósitos en la entidad financiera que al efecto se convenga, el recibo que entregue la Aseguradora al asegurado o la boleta de depósito que contenga el sello y la certificación de la identidad financiera, según se trate, hará las veces de comprobante de pago correspondiente. Si por cualquier circunstancia la Institución de Seguros deja de recibir los pagos de prima de un asegurado, el Fondo de reserva se mantendrá como tal, sin perjuicio de que se sigan generando los intereses correspondientes. En todo caso el asegurado deberá realizar los trámites que corresponda ante el Contratante, para regularizar la situación de sus pagos de prima.

Pago de suma asegurada:

La Aseguradora pagará:

- a) En caso de fallecimiento del asegurado, o de inhabilitación para incapacidad permanente total, pagará el monto total del Fondo de Reserva de ese asegurado, generado hasta el día de la correspondiente solicitud de pago del seguro.
- b) En caso de que el asegurado que se separe del servicio a favor del Contratante, el monto total de su Fondo de reserva individual generada al día de la respectiva solicitud de pago, del seguro.

Para el supuesto de que se opte por dejar en administración el importe total o parcial de la suma asegurada, la persona que se acoja a esta alternativa deberá celebrar el contrato respectivo con la aseguradora, en que se pactará los términos y condiciones aplicables al particular.

Rescates:

El asegurado podrá realizar rescates de su Fondo de reserva individual, exclusivamente por lo que respecta a los pagos adicionales extraordinarios de prima, con sujeción a los términos siguientes:

- a) En el supuesto de que haya realizado pagos adicionales extraordinarios de prima, podrá rescatar hasta el monto total que haya generado la parte correspondiente a esas primas, al día de la solicitud de pago. Estos rescates estarán condicionados a que, cuando menos, medien seis meses entre uno y otro.

b) En caso de que resuelva darse de baja de la colectividad asegurada mediante la póliza de Seguro de separación, Seguro de retiro o cualquier otra denominación, sin separarse del servicio a favor del Contratante, el total de la parte de sus pagos adicionales extraordinarios de prima, generado al día de la respectiva solicitud de pago.

El saldo que de dicha parte no haya rescatado el servidor público y/o el monto de la proporción constituida con los pagos mensuales de prima fija, cubiertos por él mediante retención de nómina y el de los correlativos efectuados por el Contratante, serán reinvertidos por la Aseguradora, la que los pagará conforme a lo convenido en el siguiente apartado o, por concepto de suma asegurada, al servidor público, si se inhabilita total y permanentemente o si por cualquier causa se separa del servicio a favor del Contratante o, en caso de su fallecimiento, a los beneficiarios que haya designado para efectos de la póliza de seguro de separación, seguro de retiro o cualquier otra denominación.

#### Pago de rescates:

La Aseguradora pagará al asegurado dentro de los diez días hábiles siguientes al mismo en que le entregue la respectiva solicitud, el monto que tenga derecho por concepto de rescate, para lo cual se presentará la documentación siguiente:

a) En el caso de la parte correspondiente a pagos adicionales extraordinarios de prima, identificación oficial vigente con fotografía y firma de él y comprobante de su último pago de sueldo.

b) Tratándose de baja de la colectividad asegurada mediante la póliza de Seguro de separación, Seguro de retiro o cualquier otra denominación, sin separarse del servicio a favor del Contratante, identificación oficial vigente con fotografía y firma de él y comprobante de su último pago de sueldo.

Para el pago total o parcial del saldo de los pagos adicionales extraordinarios de prima que no haya rescatado en su oportunidad, identificación oficial vigente con fotografía y firma de él.

Rescates parciales a los asegurados de la cobertura de Separación o Retiro, hasta el 50% de su Fondo de reserva individual (aportaciones del Contratante y del servidor público a la fecha del rescate parcial, sin incluir aportaciones voluntarias), señalándose que el monto mínimo de reserva matemática individualmente no podrá ser menor al equivalente de dos meses de sueldo integrado bruto mensual.

#### Estados de cuenta

La Aseguradora enviará el 31 de diciembre del año 2020, un estado de cuenta a cada asegurado, por medio de correo al domicilio que él haya señalado en el formato "Seguro de Separación, Seguro de Retiro o cualquier otra denominación" o a través del Contratante, el cual contendrá los movimientos operados mensualmente en el período del 01 de agosto al 31 de diciembre de 2020, así como en los meses de junio y diciembre de 2021, que comprenda la tasa de interés de estos períodos, el importe de los rendimientos y el monto de su Fondo de reserva a la fecha de corte, siempre y cuando la Aseguradora reciba oportunamente del Contratante, la información que le permita individualizar la cuenta del asegurado de que se trate.

El asegurado dispondrá del término de treinta días naturales contados a partir del mismo día de que reciba el mencionado estado de cuenta, para solicitar cualquier rectificación de este, transcurrido dicho

término salvo prueba en contrario se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

La Aseguradora enviará los días quince de cada mes o el día hábil siguiente, un reporte global al Contratante.

Baja de la colectividad asegurada:

Al separarse el asegurado del servicio a favor del Contratante, automáticamente causará baja de la colectividad asegurada, independientemente del motivo de la separación.

Beneficios adicionales:

2. En caso de siniestro si así lo solicitan los beneficiarios, depósito en cuenta bancaria, del pago de la suma asegurada que corresponda, por medio de transferencia electrónica.

3. En caso de no tener designación de beneficiarios se acepta la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social que corresponda o el formato de designación de beneficiario de la Institución de Seguros anterior.

## **VII. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES**

### **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.  
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.

**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 47.-** Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

**Artículo 52.-** El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

**Artículo 53.-** Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

**Artículo 55.-** Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

**Artículo 56.-** Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado.

**Artículo 60.-** En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.



**Artículo 66.-** Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

**Artículo 69.-** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

**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.

**Artículo 165.-** La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

**Artículo 168.-** El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo.

La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

**Artículo 176.-** El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

### **LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

**Artículo 65.-** Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad

Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

**Artículo 66.-** La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

**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;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII)** 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.

- VIII)** 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 acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX)** 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
- X)** 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.

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 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 \_\_\_\_\_ de \_\_, con el número CNSF-S0069-\_\_\_\_\_/ CONDUSEF-\_\_\_\_\_”.**

## ENDOSO DE INDISPUTABILIDAD

**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:

El contrato de seguro, desde su celebración, será indisputable por omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta póliza.

Este contrato siempre será indisputable desde el primer año de vigencia para grupos no contributivos en donde se cubra el 100% del grupo asegurable.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer valer su derecho a que se refiere el párrafo anterior se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Si las omisiones o inexactitudes son relativas a la edad del asegurado, se procederá conforme a lo señalado en la cláusula de edad de estas 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 \_\_\_\_\_ de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE MOTOCICLISMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

**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 otorga las coberturas adicionales de muerte accidental e invalidez total y permanente, si el asegurado se incapacita o fallece en un accidente de motocicleta, siendo esta utilizada como herramienta habitual del trabajo, así como si es utilizada como medio de transporte en el trayecto del asegurado de su casa al trabajo y viceversa. Para hacer procedente el reclamo se debe demostrar que el asegurado utilizaba el equipo de protección necesario (casco y botas) y contar con licencia de motociclista vigente al momento del siniestro, siempre y cuando la falta de licencia de conducir se encuentre ligada con la realización del siniestro. **Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.**

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 \_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**



## ENDOSO DE MOTOCICLISMO

**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 otorga las coberturas adicionales de muerte accidental e invalidez total y permanente, si el asegurado se incapacita o fallece en un accidente de motocicleta, cuando el asegurado participe en eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con motociclismo.

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\_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**



## ENDOSO DE DEPORTES EXTREMOS O PELIGROSOS

**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 otorga la cobertura adicional de \_\_\_\_\_, Si el asegurado sufre Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional en deportes extremos tales como \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE ACTIVIDAD DE ALTO RIESGO

**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 otorgará las coberturas adicionales de muerte accidental e invalidez total y permanente, en caso de que el asegurado sufra fallecimiento o lesión a consecuencia de su participación en eventos o actividades en práctica amateur 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.

Para efectos de este endoso, se entenderá como actividad de alto riesgo aquella que por su naturaleza o lugar donde se realiza, implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en la actividad rutinaria del común de las personas, las cuales pueden causar accidentes severos o mortales. 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 \_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE AERONAVE PARTICULAR

**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 otorga la cobertura \_\_\_\_\_ en caso lesiones o la muerte del Asegurado a consecuencia de un accidente donde el Asegurado se encuentre a bordo de Vuelos particulares, como pasajero y el piloto de la aeronave privada acredite hasta por 100 horas anuales de vuelo por persona, entendiéndose por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial y que el piloto tenga licencia vigente que lo acredite, cubriendo taxis aéreos siempre y cuando estos aterricen en aeropuertos autorizados y que el viaje esté debidamente autorizado conforme a las leyes mexicanas entre aeropuertos establecidos.

Quedan excluidos vuelos particulares en Helicópteros y aeronaves militares.

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 \_\_\_\_\_ de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE PERIODO DE ESPERA

**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 elimina el periodo de espera para la cobertura\_\_\_\_\_.

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\_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE MODIFICATORIO

**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 elimina la exclusión de \_\_\_\_\_ del inciso \_\_\_\_\_ de condiciones generales a fin de para ampliar la cobertura la cobertura \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_ de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE INTEGRACIÓN DE SUELDO PARA SUMA ASEGURADA

**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:

Que los elementos para la integración del sueldo\_\_\_\_\_serán la  
\_\_\_\_\_.

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\_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**

## ENDOSO DE ELEGIBILIDAD

**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:

Quedan pactado que este seguro cubre a las personas que prestando sus servicios a favor de

\_\_\_\_\_.

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\_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**



## ENDOSO DESCUENTO DE CARGOS

**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:

Por la administración del Fondo de Reserva, la Institución de Seguros, cobrará la cantidad equivalente al\_\_% el cual se descontará el propio Fondo de Reserva de manera mensual.

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\_\_\_\_\_de 2020, con el número CNSF-S0069-\_-2020/CONDUSEF-\_-01.**



### RELACIÓN DE ASEGURADOS

No. Póliza:  
Subgrupo:  
Vigencia

#	Cert.	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Nombre	R.F.C.	Fec. Nac.	Fec. Alta	Edad	S.A.	TOTAL	Prima Neta
TOTAL											

**“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 de 2020, con el número .**