

## SEGURO DE VIDA GRUPO

### CONTENIDO

---

I.	DEFINICIONES .....	2
II.	CLÁUSULAS GENERALES .....	6
1.	Objeto del seguro .....	6
2.	Vigencia .....	6
3.	Renovación .....	6
4.	Cancelación o terminación .....	6
5.	Cambio de contratante .....	7
6.	Beneficiarios .....	8
7.	Edad .....	9
8.	Movimientos de asegurados .....	10
9.	Derechos al separarse del grupo asegurable .....	11
10.	Notificaciones y/o comunicaciones .....	11
11.	Modificaciones .....	12
12.	Rectificaciones .....	12
13.	Disputabilidad .....	12
14.	Moneda .....	12
15.	Primas .....	12
16.	Carencia de Restricciones .....	14
17.	Comisión .....	14
18.	Prelación .....	14
19.	Dividendos .....	14
20.	Aviso de Privacidad .....	14
21.	Siniestros .....	15
22.	Transcripción de artículos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. ....	16
III.	COBERTURAS .....	17
IV.	EXCLUSIONES GENERALES .....	36
V.	TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES .....	40

## I. DEFINICIONES

---

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., denominada en adelante como "La Aseguradora", a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la "Relación de Integrantes o Asegurados" de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma y de acuerdo a la Clasificación de Grupo Asegurado, la protección por las coberturas y beneficios cubiertos en este Contrato, siempre y cuando se encuentren especificados en la Póliza y Certificado correspondiente, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

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

### **La Aseguradora**

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

### **Contratante**

Aquella persona física o moral con la que se celebra el contrato de seguro para sí y/o para terceras persona o grupo de personas 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.

### **Grupo Asegurado**

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

### **Asegurado titular**

Es aquella persona física integrante del grupo asegurado que cumplen con los requisitos de elegibilidad, quien firma el Consentimiento como miembro del Grupo Asegurado y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de la Póliza y certificado individual y que además que no estén afectados por estados de incapacidad o invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza.

Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de incapacidad o invalidez total y/o parcial. Sin embargo, las coberturas contratadas tendrán efecto únicamente por padecimientos diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de incapacidad o invalidez previo. Esta limitación terminará 3 (tres) meses después de haber cesado el estado de invalidez referido.

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

**Beneficiario**

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

**Categoría**

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

**Contrato o Póliza de Seguro**

Es el acuerdo celebrado entre La Aseguradora y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a La Aseguradora en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por La Aseguradora al Contratante y/o Asegurados como son la carátula de la Póliza, la Relación de Integrantes, Certificados, las condiciones generales, sus endosos y en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

**Certificado Individual**

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

**Consentimiento**

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

**Relación de Integrantes o Asegurados.**

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

**Periodo de espera**

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

**Prima**

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

**Siniestro Cubierto**

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

### **Suma Asegurada**

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

La Suma Asegurada máxima de responsabilidad es elegida por el Contratante y por el cual, el(los) Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza.

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

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

### **Suma Asegurada Máxima (SAMI)**

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

### **Accidente**

Por accidente se entiende todo acontecimiento ocurrido en la vigencia del seguro contratado para el grupo asegurable, el cual debe provenir de una causa externa, súbita, violenta, fortuita, independiente e involuntaria para el Asegurado, y que esta le produzca lesiones corporales, invalidez total y permanente, o bien que produzca el fallecimiento al propio Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

### **Accidente Colectivo**

Por accidente Colectivo se entiende accidente que tuviere el Asegurado:

Viajando como pasajero en un vehículo público, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para el servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o

Viajando como pasajero en un ascensor para servicio de pasajeros, **con exclusión de los ascensores de las minas;** o

En caso de Incendio en cualquier teatro, hotel y otro edificio público, en el cual se encontraba el Asegurado al momento del incendio definiéndose como edificio público aquel donde cualquier persona tenga acceso sin restricción.

Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes en forma simultánea y que se determine por autoridad competente que han muerto a consecuencia de un accidente.

### **Anquilosis**

Para efectos de seguro se entenderá como Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

### **Pérdida Orgánica**

Se entenderá como tal:

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

### **Invalidez Total y Permanente**

Se entenderá Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la póliza y certificado correspondiente, las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o por la manifestación de una enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para procurarse mediante un trabajo habitual con una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento), de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo del asegurado afectado. Siempre y cuando dicha imposibilidad sea continua durante un periodo de espera establecido para dicha cobertura.

Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la Invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un accidente o enfermedad durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.

En caso de que el Asegurado no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, el periodo de espera será contado a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la Pérdida irreparable y no operará el periodo de espera, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

### **Padecimiento preexistente**

Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad o accidente:

- Que previamente a la celebración del contrato se haya presentado el accidente o declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando La Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

### **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.

## **II. CLÁUSULAS GENERALES**

---

### **1. OBJETO DEL SEGURO**

La Aseguradora emite la presente póliza, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del grupo asegurable, por el riesgo de la cobertura básica y, en su caso, por los beneficios adicionales que se contraten, protección que se otorgará a partir de la fecha de inicio de vigencia consignado en el certificado individual o cualquier otro documento convenido.

El límite de las obligaciones de la Aseguradora será exclusivamente dentro de los términos y condiciones estipulados en esta póliza, hasta por el monto de la suma asegurada contratada.

### **2. VIGENCIA**

**Vigencia de la Póliza-** Es el periodo durante el cual el contrato de seguro tiene validez y será delimitado por las fechas de inicio y de término de vigencia estipuladas en la carátula de la póliza, siempre que la prima vencida sea pagada dentro del período convenido.

**Vigencia del Certificado individual-** Es el período durante el cual el asegurado tiene derecho a la protección de la póliza, delimitado por las fechas de inicio y de término de vigencia, ambas estipuladas en el certificado individual correspondiente, siempre y cuando el periodo se encuentre dentro del periodo vigente de la póliza al que pertenece.

### **3. RENOVACIÓN**

La Aseguradora podrá renovar el contrato de seguro de grupo 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 “*Reglamento del Seguro de Grupo*” en la fecha de vencimiento del Contrato.

Cada renovación se registrará de acuerdo con las primas de tarifa, condiciones y demás documentación contractual que la Aseguradora tenga registradas ante la CNSF al momento de la expedición de la nueva póliza.

### **4. CANCELACIÓN O TERMINACIÓN**

La vigencia de la cobertura contratada para cada asegurado concluirá en la fecha de término indicada en el certificado, en la póliza o por anticipado.

Se considerará cancelación o terminación por anticipado si se presenta algunos de los siguientes casos:

- i. El Contratante se presenta por escrito con 30 días de anticipación la cancelación de la póliza.

Si el contratante decide dar por terminado el contrato, la Aseguradora devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya suscitado ningún siniestro durante la vigencia transcurrida.

- ii. Se presenta la baja o separación definitiva de los asegurados del grupo asegurable que forman parte de la póliza.
- iii. La protección terminará para cada asegurado de acuerdo con los límites de edad estipulados para cada cobertura, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora.
- iv. El importe total de la prima de la póliza no es pagada a la Aseguradora dentro del período correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado período, sin necesidad de notificación o declaración judicial.
- v. Por rescisión del contrato, en caso de que el contratante y/o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

## **5. CAMBIO DE CONTRATANTE**

Cuando haya un cambio de contratante, la Aseguradora podrá rescindir la póliza o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo asegurable, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo contratante. La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la póliza.

## 6. BENEFICIARIOS

Los asegurados podrán hacer su designación de beneficiario(s) mediante notificación por escrito que, junto con el consentimiento respectivo, deberá remitirse a la Aseguradora para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Aseguradora pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ella.

El contratante no podrá influir en la designación de beneficiarios ni podrá figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

En cualquier momento, los asegurados pueden renunciar al derecho que tienen para cambiar de beneficiario, salvo por lo que hace al que hubieren designado con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos, ésta deberá hacerse constar en el consentimiento respectivo, debiendo el asegurado comunicarla por escrito al beneficiario y a la Aseguradora.

Cuando no haya beneficiario designado la suma asegurada se pagará a la sucesión del asegurado.

La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o designación irrevocable del beneficiario, cuando éste llegare a fallecer antes que el asegurado y este último no hubiere nombrado a otra persona en sustitución de aquel.

Cuando, habiendo varios beneficiarios designados, alguno de ellos llegare a fallecer antes que el asegurado sin que sea sustituido por algún otro, la porción correspondiente aumentará por partes iguales la de los demás, esto es, dicha parte se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios supervivientes.

### 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.**

## **7. EDAD**

Para los efectos de este contrato, se considerará como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro y deberá estar dentro de las edades límite estipuladas en la carátula de la póliza.

Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurable deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación en el certificado respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de comprobación de edad posteriormente.

Si la edad declarada sobre algún asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta póliza, el seguro se rescindirá para el certificado individual correspondiente y se reintegrará al contratante la reserva de riesgos en curso del contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, La Aseguradora reembolsará 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 posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de la 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.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Aseguradora estará obligada a pagar la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado, en el último aniversario de la póliza.

- e) En caso de que la Aseguradora ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la póliza.

**Los límites de edad para la contratación, renovación o cancelación se establecen en el apartado de cada cobertura. En caso de requerir edades fuera de dichos límites será necesario solicitarlo por escrito a La Aseguradora para que se evalúen los costos y condiciones para su aceptación; en caso de aceptación por parte de la Asegurador se emitirá el endoso respectivo.**

## **8. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS**

Se establece la administración de la póliza mediante proceso de altas y bajas salvo pacto en contra y especificación por escrito en endoso respectivo.

Las personas que ingresen al grupo asegurable con posterioridad a la celebración de la póliza y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 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 asegurable.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su alta al grupo asegurable con posterioridad a la celebración de la póliza y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 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 30 días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

La prima de estos nuevos miembros del grupo asegurable será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurable dejarán de estar aseguradas desde el momento de su baja o separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

La prima pagada y no devengada señalada en el párrafo anterior, será devuelta dentro de los treinta días hábiles siguientes a la baja del integrante,

#### **9. DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURABLE**

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo asegurable que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo asegurable deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

#### **10. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES**

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la Aseguradora, señalado en la carátula de la póliza. En los casos en que el domicilio de la Aseguradora llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la póliza, la Aseguradora deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al contratante, asegurado o a sus beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Aseguradora.

## **11. MODIFICACIONES**

Las condiciones de esta póliza sólo se pueden modificar previo acuerdo del contratante y la Aseguradora, que deberá constar por escrito mediante un endoso que formará parte integral de la póliza y que serán registradas de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

## **12. RECTIFICACIONES**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al contratante.

## **13. DISPUTABILIDAD**

Este seguro será disputable dentro del primer año de vigencia, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante y/o asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurable, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que éstos quedaron asegurados.

Tratándose de los asegurados, esta cláusula sólo será aplicable en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

## **14. MONEDA**

Todos los pagos relativos a esta póliza se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente al momento del pago.

## **15. PRIMAS**

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada asegurado de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

El Contratante será el único responsable ante la Aseguradora del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros del grupo asegurado contribuyen a dicho pago, el contratante recibirá de ellos la porción de la prima correspondiente.

Cuando un miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del seguro a la Aseguradora.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de la Aseguradora contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: transferencias electrónicas, depósito en cuenta, entre otras que tenga operando la Aseguradora. El estado de cuenta bancario o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

El contratante tendrá como máximo un período de 30 días naturales, conocido como período de gracia, contado a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente, para entregar el importe del total de la prima o la fracción pactada.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo asegurable correspondiente a la prima no pagada.

La prima calculada para el período de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada. La forma de pago estipulada para el seguro se señalará en la carátula de la póliza.

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá optar por proceso de rehabilitación, 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 misma.

**16. 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.

**17. 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.

**18. PRELACIÓN**

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

**19. DIVIDENDOS**

Este contrato no otorga dividendo salvo pacto en contra, siempre y cuando se encuentre especificado en la carátula de la Póliza y se cumpla lo establecido en el endoso respectivo.

**20. AVISO DE PRIVACIDAD**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **21. SINIESTROS**

### **Aviso y comprobación de siniestros**

Es obligación del asegurado o beneficiario presentar por escrito a la Aseguradora la reclamación en caso de haber ocurrido el siniestro que pueda ser motivo de indemnización. En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del siniestro.

Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario gozará de un plazo máximo de 5 días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

### **Pago de indemnizaciones por siniestros**

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al asegurado y/o beneficiario(s) designado(s), según corresponda, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que la Aseguradora reciba los documentos que fundamenten el siniestro, mismos que se establecen en el apartado de la cobertura a reclamar.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho, o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno u otro caso deberá ajustarse la prima respectiva a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

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

Los pagos que realice La Aseguradora a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

#### **Indemnización por mora**

En caso de que la Aseguradora no cumpla con las obligaciones a su cargo en términos de la póliza o del certificado individual, estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir una indemnización por mora que se calculará conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la LISF.

El artículo 276 de la LISF señala:

*“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...”*

## **22. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.**

### **ARTÍCULO 17**

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le



haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

#### **ARTÍCULO 18**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

#### **ARTÍCULO 21**

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

### **III. COBERTURAS.**

---

#### **COBERTURA BÁSICA**

El Contratante puede seleccionar una y sólo una de las coberturas básicas que a continuación se describen para la contratación del seguro.

La cobertura básica seleccionada opera desde el inicio del seguro y no podrá sufrir cambio durante todo el plazo del mismo.

#### ***COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO***

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual fallece el asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada pactada y determinada en el certificado individual correspondiente para esta cobertura. Si el asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Aseguradora.

#### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Se establece límites de edad para la contratación de esta cobertura de la siguiente manera: edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 99 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.**

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

Documentos del asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del Acta de defunción y/o Copia del Certificado Médico de Defunción,. En el caso de que la causa sea a consecuencia de un accidente y homicidio presentar actuaciones del Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
3. Copia certificada del Acta de nacimiento.
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario.
6. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.

Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
3. Copia certificada del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco.

4. Copia Certificada del Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
5. CURP o RFC con Homoclave.
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA BÁSICA POR GASTO FUNERARIO (GF)**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual fallece el asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada pactada y determinada en el certificado individual correspondiente para esta cobertura, con el objeto de cubrir los gastos funerarios del asegurado. Si el asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Aseguradora.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Se establece límites de edad para la contratación de esta cobertura de la siguiente manera: edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 99 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

### **Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.**

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

Documentos del asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, , si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del Acta de defunción y/o Copia del Certificado Médico de Defunción.
3. Copia certificada del Acta de nacimiento.
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario.
6. CURP o RFC con Homoclave, , si se encontrara en poder del beneficiario.

Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
3. Copia certificada del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco.
4. Copia Certificada del Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
5. CURP o RFC con Homoclave.
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO POR RIESGO DE TRABAJO (RT)**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual el asegurado sufre un accidente de trabajo y a consecuencia del mismo llegare a fallecer dentro de un periodo de 90 días posteriores en que ocurrió el accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada establecida para esta cobertura.

Se entenderá por accidente de trabajo, todo accidente que sufra el Asegurado en ejercicio o con motivo de su trabajo habitual. Quedan comprendidos, los accidentes que se produzcan al trasladarse el Asegurado directamente de su domicilio al lugar de trabajo y viceversa, o los que ocurran en traslados por comisiones de trabajo.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Se establece límites de edad para la contratación de esta cobertura de la siguiente manera: edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 99 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

### **Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.**

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

#### Documentos del asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del Acta de defunción y/o Copia del Certificado Médico de Defunción, En el caso de que la causa sea a consecuencia de un accidente y homicidio presentar actuaciones del Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
3. Copia certificada del Acta de nacimiento.
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario.
6. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.

#### Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
3. Copia certificada del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco.

4. Copia Certificada del Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
5. CURP o RFC con Homoclave.
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.
7. Contrato de Trabajo o constancia laboral
8. Constancias de la carpeta de investigación que se apertura por la muerte accidental.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA DE FALLECIMIENTO PARA VIDAS CONJUNTAS**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual ocurre el fallecimiento del alguno de los asegurados bajo el concepto de Vidas Conjuntas definido más adelante, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada pactada y determinada en el certificado individual correspondiente para esta cobertura.

Se entenderá por Vida conjunta el asegurar al asegurado y una segunda vida bajo su misma protección por fallecimiento.

Esta cobertura es exclusiva para el asegurado y su cónyuge salvo pacto en contra establecido en endoso respectivo.

La cobertura sólo cubre el primer fallecimiento y con ello se concluye cualquier obligación ante dicho Certificado.

En el caso de que los dos Asegurados en vida conjunta sobreviven al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Aseguradora.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Se establece límites de edad para la contratación de esta cobertura de la siguiente manera: edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 99 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.**

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

Documentos del asegurado en vida conjunta

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del Acta de defunción y/o Copia del Certificado Médico de Defunción, En el caso de que la causa sea a consecuencia de un accidente y homicidio presentar actuaciones del Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
3. Copia certificada del Acta de nacimiento o del acta de matrimonio según corresponda.
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario.
6. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.

Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
3. Copia certificada del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco.
4. Copia Certificada del Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
5. CURP o RFC con Homoclave.
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA POR FALLECIMIENTO MANCOMUNADO**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual, ocurre el fallecimiento de alguno de los asegurados en Mancomunado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada pactada y determinada en el certificado individual correspondiente para esta cobertura, siempre y cuando cumpla con la definición siguiente:

Se entenderá por Vida Mancomunada el asegurar al asegurado y una segunda vida bajo su misma protección por fallecimiento siempre y cuando el objeto del seguro sea cubrir un adeudo mancomunado y así se tenga establecido en el contrato correspondiente del adeudo.

Esta cobertura es exclusiva para el asegurado y su cónyuge salvo pacto en contra establecido en endoso respectivo.

La cobertura sólo cubre el primer fallecimiento y con ello se concluye cualquier obligación ante dicho Certificado.

En el caso de que los dos Asegurados en Mancomunado sobreviven al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para la Aseguradora.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Se establece límites de edad para la contratación de esta cobertura de la siguiente manera: edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación y terminación de esta cobertura será edad máxima 70 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.**



La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

#### Documentos del asegurado en vida conjunta

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del Acta de defunción y/o Copia del Certificado Médico de Defunción,. En el caso de que la causa sea a consecuencia de un accidente y homicidio presentar actuaciones del Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
3. Copia certificada del Acta de nacimiento o del acta de matrimonio según corresponda.
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario.
6. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.
7. Documento o contrato que compruebe la existencia del adeudo previamente al contrato del seguro.

#### Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma.
3. Copia certificada del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco.
4. Copia Certificada del Acta de nacimiento original de cada beneficiario.
5. CURP o RFC con Homoclave.
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## COBERTURAS ADICIONALES

### ***COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)***

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual el asegurado sufre un accidente y a consecuencia del mismo llegara a fallecer dentro de un periodo de 90 días posteriores en que ocurrió el accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada establecida para esta cobertura. La suma asegurada será adicional e independiente a cualquier otro que ampare al asegurado.

#### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación y renovación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Para esta cobertura serán aplicables las Exclusiones de la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas.**

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado por accidente, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, y adicionalmente la constancia de la carpeta de investigación que se apertura por la muerte accidental como documentación obligatoria para conocer el caso donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

La indemnización se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento accidental del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

## **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAYPO)**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual el asegurado sufre un accidente y a como consecuencia del mismo, llegara fallecer o sufre una o más pérdidas orgánicas dentro de un periodo de 90 días posteriores en que ocurrió el accidente, la Aseguradora pagará al asegurado o a los beneficiarios designados según sea el caso, la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de Indemnizaciones “A” o “B”, según la escala contratada.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por pérdidas orgánicas a lo siguiente:

- ✓ *Pérdida de una mano:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- ✓ *Pérdida de un pie:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- ✓ *Pérdida de un dedo:* La separación o anquilosamiento de cuando menos dos falanges completas.
- ✓ *Pérdida de la vista de un ojo:* La pérdida completa y definitiva de la visión.
- ✓ *Pérdida total de la audición:* La pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los beneficiarios designados y al propio asegurado en los demás casos.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura aun cuando el asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas durante la vigencia.

La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

- a) En caso de muerte accidental, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

- b) En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras “A” o “B”, haciéndose constar la elegida en el certificado individual correspondiente.

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida de órgano(s)	Escala A	Escala B
La vida (*)	100%	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	0%	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	0%	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	0%	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	0%	20%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	0%	5%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	0%	30%
Sordera completa de los oídos	0%	25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms	0%	15%

#### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación y renovación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Para esta cobertura serán aplicables las Exclusiones de la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas.**

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la muerte accidental y/o pérdidas orgánicas del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento y en adición:

- i. Para muerte accidental, la constancia de la carpeta de investigación obligatoria para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.
- ii. En el caso de pérdidas orgánicas donde no se genere el fallecimiento del asegurado se deberá entregar Dictamen Médico que contenga información necesaria para determinar las fechas y causas que dieron origen a la pérdida orgánica.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: “*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.*”

## **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MACyPO)**

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del certificado individual el asegurado sufre un accidente y a como consecuencia del mismo, llegara fallecer o sufre una o más pérdidas orgánicas dentro de un periodo de 90 días posteriores en que ocurrió el accidente, la Aseguradora pagará al asegurado o a los beneficiarios designados según sea el caso, la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de Indemnizaciones “A” o “B”, según la escala contratada.

Para los efectos de esta cobertura, se entenderá por pérdidas orgánicas a lo siguiente:

- ✓ *Pérdida de una mano:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- ✓ *Pérdida de un pie:* Su separación o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- ✓ *Pérdida de un dedo:* La separación o anquilosamiento de cuando menos dos falanges completas.
- ✓ *Pérdida de la vista de un ojo:* La pérdida completa y definitiva de la visión.
- ✓ *Pérdida total de la audición:* La pérdida completa y definitiva de la función auditiva de ambos oídos.

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los beneficiarios designados y al propio asegurado en los demás casos.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura aun cuando el asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas durante la vigencia.

La Aseguradora **duplicará** la indemnización descrita anteriormente **si y sólo si**, el accidente que provocó el fallecimiento o pérdidas orgánicas del asegurado fue un **accidente colectivo**.

Se entiende por **accidente colectivo** el que sufra el asegurado en alguno de los siguientes casos:

- a) Que se estuviese dentro de un vehículo público en el cual viaje el asegurado como pasajero, con un boleto pagado y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos, o
- b) Que se estuviese dentro de un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el asegurado como pasajero, **con exclusión de los ascensores en las minas** o,
- c) A causa del incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el asegurado al manifestarse el incendio.

La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez

- c) En caso de muerte accidental colectiva, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura básica por fallecimiento, con la salvedad de que las actuaciones del Ministerio Público serán obligatorias.

Las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos y entre otras diligencias, serán: informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, si los hubo, parte del accidente y de ser el caso, certificado de autopsia o necropsia.

- d) En caso de pérdidas orgánicas donde no se generé el fallecimiento del asegurado, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que se solicita en la cobertura por pérdidas orgánicas.

La indemnización establecida en esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación:

- e) En caso de muerte accidental colectiva, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados, con sujeción a lo estipulado en la citada póliza y por una sola vez.

Para indemnizar el beneficio por muerte de esta cobertura, la muerte debe ocurrir bajo los supuestos que se mencionan en la cobertura por muerte accidental colectiva.

- f) En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras “A” o “B”, haciéndose constar la elegida en el certificado individual correspondiente.

Tabla de Indemnizaciones		
Pérdida de órgano(s)	Escala A	Escala B
La vida (*)	100%	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	0%	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	0%	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	0%	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	0%	20%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	0%	5%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	0%	30%
Sordera completa de los oídos	0%	25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms	0%	15%

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la muerte accidental colectiva y/o pérdidas orgánicas del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado correspondiente.

#### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación y renovación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Para esta cobertura serán aplicables las Exclusiones de la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas.**

### ***COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ITP)***

Si se produce la invalidez total y permanentemente del asegurado a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, la aseguradora pagará al asegurado por una sola ocasión, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual del asegurado.

Se entenderá por invalidez total y permanentemente, como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, o cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente.

Se considera también como invalidez la pérdida de ambos ojos, ambas manos, ambos pies, una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se aplicará periodo de espera.

Esta cobertura tendrá un **periodo de espera** de 90 días contados a partir de la fecha de dictaminación de la invalidez, salvo pacto en contra, mismo que deberá estar especificado en endoso correspondiente.

#### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 64 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 64 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.



**Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por invalidez.**

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez total y permanente del asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente, con el pago de esta cobertura, terminarán las obligaciones a cargo de la Aseguradora y se dará de baja el certificado individual.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

Documentos del asegurado

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo.
3. Dictamen de invalidez total y permanente.

Constancia del dictamen de invalidez total y/o permanente, expedida por el médico autorizado o institución de seguridad social. Dictamen médico emitido por el IMSS o el ISSSTE en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el asegurado, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social como IMSS o ISSSTE, deberá exhibir Dictamen médico emitido por un médico con especialidad en medicina del trabajo.

Acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez Total y permanente, así como un periodo de espera establecido para la cobertura, y que su realización no haya sido originada por las causas consideradas dentro de las exclusiones establecidas para este mismo beneficio.

4. Copia certificada del Acta de nacimiento.
5. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
6. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo.
7. CURP o RFC con Homoclave.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMA EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EITPov)**

Si se produce la invalidez total y permanentemente del asegurado a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, la aseguradora conviene en eximir al asegurado de forma vitalicia, del pago de las primas por la cobertura por fallecimiento a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente, Esta cobertura aparecerá en el certificado individual del asegurado.

Se entenderá por invalidez total y permanentemente, como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, o cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente.

Se considera también como invalidez la pérdida de ambos ojos, ambas manos, ambos pies, una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se aplicará periodo de espera.

Esta cobertura tendrá un **periodo de espera** de 90 días contados a partir de la fecha de dictaminación de la invalidez, salvo pacto en contra y deberá estar especificado en endoso correspondiente.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 64 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 64 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 65 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondientes a las coberturas por invalidez.**

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la invalidez total y permanente del asegurado, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente, con el pago de esta cobertura, terminarán las obligaciones a cargo de la Aseguradora y se dará de baja el certificado individual.

La documentación que deberá presentarse a la Aseguradora para reclamar esta cobertura será:

#### Documentos del asegurado

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada.
2. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo.
3. Dictamen de invalidez total y permanente.  
Constancia del dictamen de invalidez total y/o permanente, expedida por el médico autorizado o institución de seguridad social. Dictamen médico emitido por el IMSS o el ISSSTE en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el asegurado, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social como IMSS o ISSSTE, deberá exhibir Dictamen médico emitido por un médico con especialidad en medicina del trabajo. Acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez Total y permanente, así como un periodo de espera establecido para la cobertura, y que su realización no haya sido originada por las causas consideradas dentro de las exclusiones establecidas para este mismo beneficio.
4. Copia certificada del Acta de nacimiento.
5. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario.
6. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la suma asegurada en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo.
7. CURP o RFC con Homoclave.

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: *“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.”*

## **COBERTURA ADICIONAL DE INDEMINIZACIÓN DE APOYO PARA GASTO FUNERARIO DEL ASEGURADO (UGFA)**

Si durante la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará por concepto de gastos funerarios a los beneficiarios designados, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, la suma asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el certificado individual de cada asegurado y en ningún caso será superior a 60 UMAs mensuales.

### LÍMITES DE EDAD DE CONTRATACIÓN, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

Los límites de edad para la contratación de esta cobertura será edad mínima 18 años y edad máxima 69 años.

Los límites de edad para la renovación de esta cobertura será edad máxima 69 años.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario inmediato posterior de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años, o bien, cuando la Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

**Para esta cobertura serán aplicables las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones Generales correspondiente a la cobertura básica.**

Para reclamar esta cobertura, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación que para el beneficio básico por fallecimiento.

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a la Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del asegurado, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

## **IV. EXCLUSIONES GENERALES**

---

### **Exclusiones para Cobertura básica**

**La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se origine como consecuencia de:**

**Suicidio del asegurado dentro del primer año de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.**

**En este supuesto, la Aseguradora devolverá la prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición.**

### **Exclusiones para Coberturas adicionales por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas**

**La indemnización correspondiente a estas coberturas, no se concederá cuando la muerte o pérdida orgánica se origine como consecuencia de:**

- a) Infecciones, enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental.**
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado.**
- e) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, 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 (S.C.T.).**

- g) Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) 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.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente.**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) Padecimientos mentales o corporales.**
- l) Abortos que no hayan ocurrido de forma accidental.**
- m) Radiaciones ionizantes.**
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**  
  
**Para efectos de esta exclusión, se entenderá que el asegurado se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando presente 0.05 mg/dL.**
- p) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- q) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.**

### **Exclusiones para Coberturas adicionales por causa de invalidez.**

**La indemnización correspondiente no se concederá cuando la invalidez total se origine como consecuencia de:**

- a) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- b) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado.**

- c) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, sí procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, 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 (S.C.T.).**
- e) Accidentes que ocurran cuando el asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) 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.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente.**
- h) Condiciones preexistentes, entendiéndose por estas aquellos padecimientos o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**
- i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- j) Radiaciones ionizantes.**
- k) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**

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

- l) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.**

## V. 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 20\_, con el número CNSF-S0069-\*\*\*\*-20\_/CONDUSEF**