



Aseguradora
Patrimonial
Vida^{MR}

ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA S.A DE C.V.

**SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN
PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES APV**

I. COBERTURA BASICA	5
1. <i>Beneficio Básico</i>	5
2. <i>Beneficio Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada Básica al Fallecimiento del Asegurado para Gastos Funerarios.</i>	5
II. COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE	6
1. <i>Indemnización por Muerte Accidental (MA)</i>	6
2. <i>Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)</i>	6
3. <i>Indemnización por Accidente Colectivo (AC)</i>	6
III. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ	9
1. <i>Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente (SSIT)</i>	9
2. <i>Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)</i>	9
3. <i>Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (PASIAC)</i>	9
IV. DEFINICIONES	11
1. <i>Contratante</i>	11
2. <i>Grupo Asegurable</i>	11
3. <i>Grupo Asegurado</i>	11
4. <i>Asegurado</i>	11
5. <i>Beneficiarios</i>	11
V. PRIMAS	12
1. <i>Primas</i>	12
2. <i>Periodicidad</i>	12
3. <i>Pago</i>	12
4. <i>Contribución de los Asegurados</i>	12
5. <i>Lugar de Pago</i>	12
6. <i>Ajuste de primas</i>	12
7. <i>Moneda</i>	13

VI. CLÁUSULAS GENERALES	14
1. <i>Contrato</i>	15
2. <i>Vigencia</i>	15
3. <i>Renovación</i>	15
4. <i>Prescripción</i>	15
5. <i>Omisiones o Declaraciones Inexactas</i>	15
6. <i>Modificaciones y Notificaciones</i>	15
7. <i>Rectificación de la Póliza</i>	16
8. <i>Competencia</i>	16
9. <i>Carencia de Restricciones</i>	16
10. <i>Suicidio</i>	16
11. <i>Disputabilidad</i>	17
12. <i>Comisión</i>	17
VII. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS	18
1. <i>Cambio de Contratante</i>	18
2. <i>Derecho de los Asegurados al Separarse del Grupo</i>	18
3. <i>Reporte de Movimientos</i>	18
4. <i>Altas</i>	18
5. <i>Bajas</i>	19
6. <i>Registro de Asegurados</i>	19
7. <i>Ajuste a la Suma Asegurada</i>	19
8. <i>Ajuste por edad</i>	19
9. <i>Aviso</i>	20
10. <i>Pago de la Suma Asegurada</i>	20
11. <i>Pruebas</i>	20
12. <i>Pagos Improcedentes</i>	20
13. <i>Interés Moratorio</i>	20

14. Acción Directa de los Beneficiarios	22
15. Falta de Beneficiarios	23
16. Cambio de Beneficiarios	23
17. Advertencia:	23
VIII. PRINCIPALES CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN PARTICIPACION EN LAS UTILIDADES APV	24

I. COBERTURA BASICA

1. Beneficio Básico

La **Compañía** pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados correspondientes, si el Asegurado fallece mientras esta Póliza y su Certificado se encuentren en vigor.

2. Beneficio Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada Básica al Fallecimiento del Asegurado para Gastos Funerarios.

La Compañía, dentro de las 48 horas siguientes a partir de la presentación del certificado médico de defunción del Asegurado, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados, mediante solicitud expresa de los mismos, un anticipo, siempre y cuando la Póliza y el Certificado se encuentren en vigor al momento del siniestro.

El importe de este anticipo será el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza de la suma asegurada básica inicial contratada, previa deducción de cualquier adeudo que grave la misma y sin considerar cualquiera de las sumas aseguradas de los beneficios adicionales de Indemnización por Muerte Accidental.

Las edades mínima y máxima para la contratación de estas coberturas son 16 y 89 años, respectivamente, en tanto que la edad máxima de renovación será hasta los 89 años.

II. COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE

1. Indemnización por Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

La Compañía pagará el porcentaje de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la Escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas:

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

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

3. Indemnización por Accidente Colectivo (AC)

Mediante esta cobertura quedan amparados los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o las pérdidas orgánicas causadas por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con **exclusión de los ascensores usados en minas.**
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.
- d) Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes o sufran pérdidas orgánicas, en forma simultánea y que se consideren que han muerto o sufrido pérdidas orgánicas a consecuencia de un accidente por autoridad competente.

Las edades mínima y máxima para la contratación de estas coberturas son 16 y 69 años, respectivamente, en tanto que la edad máxima de renovación será hasta los 69 años.

Definición de Accidente

Será aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del *Asegurado*. No se considerarán accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Definición de Pérdida Orgánica

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella y por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas cuando menos.

Exclusiones. Las coberturas por Accidente no amparan:

1. **Accidentes originados por la participación directa del Asegurado en:**
 - a. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**
 - b. **Actos delictivos Intencionales.**
 - c. **Aviación privada.**
 - d. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
2. **Cuando el *Asegurado* esté recibiendo los beneficios que para el caso de invalidez estuvieran contratados**
3. **Los siguientes eventos:**
 - a. **Enfermedad corporal o mental.**
 - b. **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
 - c. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**



SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN
PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES APV

COBERTURAS ADICIONALES POR ACCIDENTE

- d. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- e. Complicaciones que se manifiesten 90 días después de ocurrido el accidente.**

III. COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ

1. Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente (SSIT)

Si el *Asegurado* sufre un estado de Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, **La Compañía** conviene en otorgarle sin costo un Seguro Saldado de Vida, el cual estará vigente a partir de que transcurra el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

2. Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

Si el *Asegurado* sufre un estado de Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, **La Compañía** le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

3. Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (PASIAC)

Si el *Asegurado* sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un accidente amparado, mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, **La Compañía** le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

Las edades mínima y máxima para la contratación de estas coberturas son 16 y 64 años, respectivamente, en tanto que la edad máxima de renovación será hasta los 64 años.

Definición de Invalidez Total y Permanente

- a) Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula de la póliza (3 o 6 meses, según se haya pactado); o
- b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano o un pie y la vista de un ojo, en los términos que ha quedado definida la pérdida orgánica. En estos casos no se tomará en cuenta el período a que se refiere el inciso a).

Pruebas

La comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente será por cuenta del Asegurado. Si el Asegurado se rehúsa a la comprobación o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

COBERTURAS ADICIONALES POR INVALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

En caso de Invalidez Total y Permanente, las bases para considerar que un dictamen tiene plena validez, son las siguientes: Las personas que se encuentren afiliadas al seguro social (entendiéndose IMSS o ISSSTE) deberán presentar ante la Compañía la determinación de Invalidez Total y Permanente efectuada por el seguro social, en los formatos oficiales de la Institución respectiva, la cual será evaluada por un médico especialista que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. En caso de que el Asegurado no sea derechohabiente del seguro social, deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos requeridos por el médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, a fin de determinar si procede o no el dictamen de Invalidez Total y Permanente. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía hará efectiva la cobertura contratada.

Exclusiones. Las coberturas por Invalidez no cubren:

1. **Estado de Invalidez Total originado por la participación directa del Asegurado en:**
 - a. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**
 - b. **Actos delictivos intencionales.**
 - c. **Aviación privada.**
 - d. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
2. **Suicidio o cualquier intento del mismo, lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
3. **Estado de Invalidez Total originado por afecciones de la columna vertebral, salvo que sea a consecuencia de un accidente.**

IV. DEFINICIONES

1. Contratante

La persona moral o física con la que se celebra el contrato de seguro, se compromete a realizar el pago de las primas y a recabar la información necesaria para el aseguramiento del grupo.

2. Grupo Asegurable

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.

3. Grupo Asegurado

Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

4. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, que cumplen con los requisitos de elegibilidad y que han quedado cubiertos por los riesgos amparados por la póliza respectiva.

5. Beneficiarios

Las personas que reciban el Beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso de la realización del siniestro.

V. PRIMAS

1. Primas

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

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el periodo. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

2. Periodicidad

El *Contratante* puede optar por liquidar la *prima anual* de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente, vigente en la *fecha de emisión de la póliza o en cada fecha de renovación* y dada a conocer por escrito al *Contratante* previamente.

3. Pago

La *prima* vencerá al inicio de cada período pactado. La obligación del pago de primas será del *Contratante*. 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 *Compañía* podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los 30 días de espera.

4. Contribución de los Asegurados

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima. 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 grupo a **La Compañía**.

5. Lugar de Pago

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

6. Ajuste de primas

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, **La Compañía** cobrará o devolverá al *Contratante* o a los Asegurados, en su caso, la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha prima en un plazo no mayor a 30 días contados a partir de la

fecha en que la Compañía haya recibido notificación por escrito del Contratante del movimiento en cuestión.

A cada miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del Grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

7. Moneda

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



SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN
PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES APV

CLÁUSULAS GENERALES

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato

Son testimonio de este contrato: La Solicitud del Seguro, esta Póliza, el Registro de Asegurados, los Consentimientos, los Certificados, los Recibos y los Endosos que se le agreguen.

2. Vigencia

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la póliza.

3. Renovación

Este contrato será renovable, por periodos de igual duración, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

4. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

5. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a **La Compañía**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a **La Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que, por el monto de la suma asegurada máxima individual que corresponda, se requieran requisitos de asegurabilidad.

6. Modificaciones y Notificaciones

CLÁUSULAS GENERALES

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y previo acuerdo entre el Contratante y **La Compañía**.

Toda notificación por parte del Contratante o de los Asegurados a **La Compañía** deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social.

7. Rectificación de la Póliza

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 se reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante (Contratante, Asegurado y/o Beneficiario) podrá hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

- 1) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Aseguradora Patrimonial Vida, al teléfono 01(55)4161-9550, en el correo electrónico contacto@apvida.mx y/o en Aristóteles 77, Despacho 104, Col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 115550, Ciudad de México o en su portal www.apvida.mx.
- 2) La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.cog.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx.

El reclamante puede a su elección determinar la competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus Delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

9. 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.

10. Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año de la vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

11. Disputabilidad

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que, por el monto de la suma asegurada máxima individual que corresponda, se requieran requisitos de asegurabilidad.

12. Comisión

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía 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.

VII. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

1. Cambio de Contratante

Cuando el objeto de este seguro sea otorgar una prestación laboral y haya un cambio de Contratante, **La Compañía** podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. **La Compañía** reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

2. Derecho de los Asegurados al Separarse del Grupo

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo 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 Compañía. Para ejercer este derecho la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta 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 Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

3. Reporte de Movimientos

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

4. Altas

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, 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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

5. Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía 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.

En caso de que se haya contratado la cobertura de Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente y la causa de baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente.

No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

6. Registro de Asegurados

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

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

7. Ajuste a la Suma Asegurada

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 Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado, debiendo el contratante, en su caso, remitir los nuevos consentimientos de los Asegurados.

En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

8. Ajuste por edad

Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, especificados en cada cobertura, **La Compañía** considerará rescindido el *contrato*, devolviendo al *asegurado* la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del *asegurado* se comprueba que al expedirse la *póliza* su edad real era:



- a) **Menor que la declarada, La Compañía** reducirá las primas subsiguientes y reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria, de acuerdo con la edad real y conforme a la tarifa vigente en la fecha de celebración del *contrato*.
- b) **Mayor que la declarada, La Compañía** no efectuará ningún ajuste sobre la prima pagada, pero reducirá las obligaciones a lo que la prima alcance a cubrir.

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 Compañía pagará 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.

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

9. Aviso

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

10. Pago de la Suma Asegurada

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

11. Pruebas

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

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

12. Pagos Improcedentes

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

13. Interés Moratorio

Si la Compañía no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar a los beneficiarios según corresponda una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 276 de la Ley**

de Instituciones de Seguros y Fianzas, que a la letra señala:

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:

- d) Los intereses moratorios;
- e) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- f) 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.

14. Acción Directa de los Beneficiarios

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

15. Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiarios designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el Asegurado, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del *Asegurado*

16. Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de beneficiarios mediante notificación a La Compañía, la cual pagará el importe del seguro a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándolo a la Compañía y al propio beneficiario, para su anotación correspondiente.

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

17. Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

“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 30 de noviembre de 2010, con el número CNSF-S0069-1060-2010”.

VIII. PRINCIPALES CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN PARTICIPACION EN LAS UTILIDADES APV

Las coberturas ofrecidas son:

1. Cobertura básica

Pago de la Suma Asegurada a los beneficiarios designados por fallecimiento del asegurado.

2. Coberturas adicionales:

Beneficio Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada Básica al Fallecimiento del Asegurado para Gastos Funerarios.

La Compañía, dentro de las 48 horas siguientes a partir de la presentación del certificado médico de defunción del Asegurado, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados, mediante solicitud expresa de los mismos, un anticipo, siempre y cuando la Póliza y el Certificado se encuentren en vigor al momento del siniestro. El importe de este anticipo será el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza de la suma asegurada básica inicial contratada, previa deducción de cualquier adeudo que grave la misma y sin considerar cualquiera de las sumas aseguradas de los beneficios adicionales de Indemnización por Muerte Accidental.

Indemnización por Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente mientras la Póliza y el Certificado se encuentren en vigor y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)

La Compañía pagará el porcentaje de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la Escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas:

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



El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Indemnización por Accidente Colectivo (AC)

Mediante esta cobertura quedan amparados los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o las pérdidas orgánicas causadas por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

a).- Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

b).- Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.

c).- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

d).- Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes o sufran pérdidas orgánicas, en forma simultánea y que se consideren que han muerto o sufrido pérdidas orgánicas a consecuencia de un accidente por autoridad competente.

Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente (SSIT)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente mientras la Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, la Compañía conviene en otorgarle sin costo un Seguro Saldado de Vida, el cual estará vigente a partir de que transcurra el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

Período de espera especificado en la carátula de la póliza de 3 o 6 meses contados a partir de que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuándo se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (PASIAC)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un accidente amparado, mientras esta Póliza y el Certificado se encuentren en vigor, La Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera especificado en la carátula de la póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdida de Miembros Invalidantes.

Definición de invalidez total y permanente

a. Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula de la póliza (3 o 6 meses, según se haya pactado);
o

b. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano o un pie y la vista de un ojo, en los términos que ha quedado definida la pérdida orgánica. En estos casos no se tomará en cuenta el periodo a que se refiere el inciso a

Período de espera especificado en la carátula de la póliza de 3 o 6 meses contados a partir de que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

En las coberturas adicionales aplican exclusiones que se señalan en las condiciones generales de la póliza.

Contribución de los Asegurados

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima. 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 grupo a La Compañía.

Renovación

Este contrato será renovable, por periodos de igual duración, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

Rectificación de la Póliza

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 se reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante (Contratante, Asegurado y/o Beneficiario) podrá hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

- 1) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Aseguradora Patrimonial Vida, al teléfono 01(55)4161-9550, en el correo electrónico contacto@apvida.mx y/o en Aristoteles 77, Despacho 104, Col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 115550, Ciudad de México o en su portal www.apvida.mx.
- 2) La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.cog.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx.

El reclamante puede a su elección determinar la competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus Delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año de la vigencia continua del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

Derecho de los Asegurados al Separarse del Grupo

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo 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 Compañía. Para ejercer este derecho la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta 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 Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

Aviso

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

Beneficiarios

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Compañía la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiarios designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el Asegurado, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del Asegurado. El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de beneficiarios mediante notificación a La Compañía, la cual pagará el importe del seguro a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándolo a la Compañía y al propio beneficiario, para su anotación correspondiente. El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En el primer caso el importe del seguro para el Contratante no podrá ser mayor al saldo insoluto correspondiente.

Advertencia

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Interés Moratorio

Si La Compañía no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar a los beneficiarios según corresponda una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Disputabilidad

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado. Esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que, por el monto de la suma asegurada máxima individual que corresponda, se requieran requisitos de asegurabilidad.

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.

Altas

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

independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, 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 Compañía 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.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía 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. En caso de que se haya contratado la cobertura de Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente y la causa de baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente. No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

Pago de la Suma Asegurada

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

Ajuste a la Suma Asegurada

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 Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado, debiendo el contratante, en su caso, recavar los nuevos consentimientos de los Asegurados. En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

Ajuste por Edad: Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión. La Compañía considerará rescindido el contrato, devolviendo al asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión. Si en vida del asegurado se comprueba que al expedirse la póliza su edad real era menor que la declarada, La Compañía reducirá las primas subsiguientes y reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria, de acuerdo con la edad real y conforme a la tarifa vigente en la fecha de celebración del contrato. Si la edad es mayor que la declarada, La Compañía no efectuará ningún ajuste sobre la prima pagada, pero reducirá las obligaciones a lo que la prima alcance a cubrir. 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 Compañía pagará 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. Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir



nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Omisiones o Declaraciones Inexactas: El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que, por el monto de la suma asegurada máxima individual que corresponda, se requieran requisitos de asegurabilidad.

“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 30 de noviembre de 2010, con el número CNSF-S0069-1060-2010/CONDUSEF-000299-01”.