



SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Cobertura Básica

Cobertura Básica

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.

CONDICIONES GENERALES

Contratante

Es la persona física o moral indicada en la carátula de la póliza con quien se celebra el contrato, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

Compañía

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A.

Colectividad Asegurable

Esta constituida por el conjunto de personas representadas por el contratante y que pueden ser dadas de alta en la póliza de acuerdo a como se indica en la carátula de la póliza.

Colectividad Asegurada

Esta constituida por los integrantes de la colectividad asegurable que se encuentren en servicio activo al momento de la celebración del contrato y otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados y sean aceptados por la Compañía, quedando inscritos en el registro de asegurados.

Las personas que no cumplan con la definición de colectividad asegurable que aparecen en la carátula de la póliza y las que no hayan cubierto los requisitos para ingresar a la colectividad asegurada, no serán aseguradas dentro de la póliza aun cuando aparezcan en el registro de asegurado y/o haya sido pagada su prima correspondiente. Para estos casos, el seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial, y el contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de la prima pagada. El contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de asegurados el contenido de la presente disposición.

Asegurado

Cada uno de los miembros de la colectividad asegurada que se encuentran amparados por los riesgos cubiertos por la póliza.

Beneficiarios

Las personas que reciban el Beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso de realización del siniestro. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento.

Proponente

La persona moral ó física que solicita la celebración del contrato de seguro.

Contrato

Esta póliza, la solicitud, los certificados individuales, el registro de asegurados correspondiente y las especificaciones que se agregan constituyen prueba del contrato de seguro que sólo podrá ser modificado por consentimiento de las partes contratantes y mediante endoso adicional autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Modificaciones y Notificaciones

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.

Rectificación de la Póliza

Artículo 25 de la ley sobre el contrato de Seguro: “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 ese plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”. Este derecho se hace extensivo al contratante.

Convenio de autoadministración

Es el convenio que, en su caso, firma el Contratante y la Compañía el cual se estipulan los procedimientos de administración de la póliza en lo referente a los movimientos de o bajas de asegurados que realizara el propio contratante.

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 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 el párrafo anterior se contará a partir de la fecha en que quedaron asegurados.

Endoso

Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

Terrorismo

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del Estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

Omissiones o declaraciones inexactas

El contratante y/o los asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a los que se refiere el párrafo anterior facultara a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho del contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Vigencia

La protección de cada uno de los beneficios contratados comienza en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y continua durante el plazo de seguro correspondiente, también indicado en la carátula de la póliza mediante la obligación del pago de las primas estipuladas.

Renovación

Este contrato será renovable, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los mismos requisitos pactados en la fecha

de su vencimiento. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

Suicidio

En caso de suicidio de alguno de los asegurados dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio y el estado mental o físico correspondiente del Asegurado, la Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada, únicamente pagará al beneficiario la parte de la reserva matemática y el saldo de la cuenta de Dividendos en Administración si los hubiere en la fecha que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior, se correrá a partir de la última fecha en que se rehabilite.

Carencia de Restricciones.

La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna, ya sea en atención a la residencia, a la ocupación, a los viajes en general o al género de vida de los asegurados, posteriores a la contratación de la póliza.

Comunicaciones

Las ofertas de rehabilitación de este contrato, las solicitudes de cambio de pago de la prima y en general de toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviadas por el Contratante directamente a las oficinas de la Compañía que aparecen en la carátula de la póliza.

En consecuencia, queda entendido que los agentes de la Compañía no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la Compañía los autoriza especialmente para ello; en este caso dará aviso oportuno al contratante de dicha autorización.

Calculo de Primas

La prima total de la colectividad será la suma de las primas que correspondan a cada miembro de la colectividad asegurada, 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 período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

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

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.

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.

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.

Comprobación del siniestro

La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado y/o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el asegurado y/o beneficiario deben proporcionar a la Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Se perderá todo derecho al beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Pago de Primas

Las primas convenidas en esta póliza se pagarán en la fecha de su vencimiento, en las oficinas de la Compañía, a cambio de un 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.

El pago de las primas convenido es anual. Sin embargo, el contratante tiene derecho, dentro de los treinta días siguientes a cada aniversario de la póliza, en el caso de renovación del contrato, a cambiar la forma de pago anual por semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso serán aplicables los recargos que la Compañía haya establecido para cada forma de pago, mismos que se darán a conocer previamente al contratante.

Periodo de Espera

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo. (Art. 40 de la Ley sobre el contrato del Seguro).

En el caso de pagos fraccionados, el contratante no dispondrá de los 30 días para los pagos subsecuentes.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro la prima total de la colectividad que se adeude a esa fecha.

Responsabilidad de Pagar

El contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la Prima Total. Si los Asegurados contribuyen al pago de la prima total, recibirá de ellos la parte correspondiente. En caso de que el Asegurado se niegue a pagar la porción de prima a la que se obligó, el Contratante podrá pedir la reducción del seguro a la proporción que corresponda a la prima que el mismo continúe pagando.

Edad

La edad de cada asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue la Compañía, antes o después del fallecimiento del asegurado. Una vez que dicha comprobación haya sido efectuada, la Compañía hará la anotación correspondiente en el certificado respectivo y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de comprobación de edad.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la colectividad se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real y esta se encuentra dentro de los límites

de admisión de la Compañía, el seguro continuara en vigor por la misma suma asegurada, pero el contratante estará obligado a pagar a la Compañía la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y la edad real, por el período que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Compañía reembolsará la diferencia entre las primas correspondientes a las dos edades, también por el período que falte hasta el siguiente vencimiento.

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 la edad real del asegurado en el último aniversario de la póliza.

Edad Fuera de Límites

En caso de que la edad real del asegurado, en la fecha de su ingreso a la colectividad, sea mayor de la estipulada en la carátula de esta póliza, o menor de 15 años, será nulo el seguro correspondiente a dicho asegurado, limitándose la obligación de la Compañía a devolver la prima promedio no devengada respecto de este seguro, por meses completos.

Admisión al Seguro

Para que una persona pueda ingresar al seguro es necesario que forme parte de la Colectividad Asegurable y que requiriera y firme el Consentimiento respectivo, así como reúna, a satisfacción de la Compañía, los requisitos de asegurabilidad que en su caso se le soliciten.

Ingresos Posteriores a la Celebración del Contrato

Los miembros que ingresen a la colectividad asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados a partir de la fecha efectiva de ingreso al seguro, siempre que cumpla con las condiciones establecidas en la Cláusula Admisión al seguro y se dé aviso por escrito a la Compañía en un plazo no mayor a 30 días a partir de la fecha de ingreso a la colectividad Asegurable. Dicho aviso contendrá: el nombre del Asegurado, su ocupación, suma asegurada y fecha de ingreso a la Colectividad Asegurable.

Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá al Contratante la

parte de la prima promedio no devengada por meses completos correspondiente al asegurado de que se trate.

Registro de Asegurados

La Compañía llevará un registro de asegurados en el que consten por lo menos los siguientes datos: Nombre y edad de cada uno de los miembros de la colectividad, suma asegurada de cada uno, fecha en que entra en vigor el seguro, fecha de terminación del seguro y el número del certificado individual. Una copia autorizada de este registro será entregada al Contratante.

Certificados Individuales

La Compañía expedirá al Contratante para que éste los entregue a los asegurados certificados individuales que expresarán entre otros datos: número de la póliza y del certificado, nombre del asegurado, fecha de nacimiento, la fecha de vigencia, la suma asegurada que a cada uno corresponda o la regla establecida para determinarla, el beneficiario designado y cláusulas principales que contenga la póliza.

Derecho de los asegurados a separarse de la Colectividad

La Compañía tendrá la obligación de asegurar sin examen médico y por una sola vez al miembro que se separe definitivamente de la colectividad asegurada en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere, con excepción del Seguro Temporal a un año y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la Compañía dentro de los treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

La fecha de efectividad del nuevo seguro será la misma en la que se separe del Grupo Asegurado.

EL solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación en la fecha de su solicitud, según la Tarifa de primas que se encuentre en vigor.

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.

Designación de beneficiarios

El asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas

en la definición de beneficiario. El beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del asegurado. El asegurado podrá modificar la designación de sus beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Compañía, para la anotación correspondiente en la carátula de la póliza. Una vez hecha la anotación, el endoso respectivo o la carátula de la póliza será devuelto al asegurado.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales.

Los asegurados pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar de beneficiario. Para que produzca sus efectos esa renuncia, tendrá que hacerse constar en el certificado respectivo y el asegurado deberá comunicarla por escrito al beneficiario y a la Compañía.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro forma parte del haber hereditario del asegurado y por lo tanto se pagará a su sucesión. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existiere designado beneficiario sustituto, o no se hubiere hecho nueva designación.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

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.

Renovación automática

La póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía podrá proceder a renovar anualmente la póliza en forma automática, hasta el aniversario de la póliza en que el asegurado alcance la edad máxima de renovación establecida en la carátula de la póliza, salvo que el contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con la tarifa que la Compañía tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

Liquidación

La Compañía por conducto del Contratante, efectuara cualquier pago derivado de este contrato al Asegurado, si este se encuentra con vida, o a sus beneficiarios en caso contrario, tras recibir las pruebas del hecho que genere la obligación de pago, así como las declaraciones que la Compañía pida en las formas correspondientes:

- A. Si el asegurado no contribuyere al pago de la prima no se hará descuento alguno de la suma asegurada al asegurado o a sus beneficiarios.
- B. Si el asegurado contribuyere al pago de la prima, de la suma asegurada se descontaran las contribuciones que correspondería haber pagado al Asegurado hasta completar su prima anual y la cantidad así deducida será entregada directamente al mismo o sus beneficiarios.
- C. En ambos casos el contratante continuara pagando la misma prima total de acuerdo a la periodicidad pactada hasta el próximo aniversario de cada certificado a partir del cual se hará el ajuste respectivo.

Aumento de Seguro

El contratante deberá solicitar a la Compañía los aumentos de suma asegurada, a que tengan derecho los asegurados por la aplicación de la regla para determinar la suma asegurada

La Compañía fijará los requisitos médicos que deberá cubrir cada asegurado para otorgar dicho aumento, el cual será efectivo a partir de la aceptación expresa por escrito por parte de la Compañía.

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.

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

Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta póliza, es el de la Compañía y los últimos declarados por el contratante y el asegurado según sea el caso.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la república, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

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.

Rehabilitación

Mediante presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía y cubriendo en su caso la cantidad que esta fije, mediante los procedimientos señalados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El asegurado por conducto del Contratante, podrá en cualquier momento rehabilitar el Contrato, si este hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas.

Comisión

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

Moneda

Se conviene que todos los pagos que el Asegurado deba hacer a la Compañía o los que esta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del contratante, de los beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Duplicado de póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el contratante, en el domicilio de la Compañía.

El contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del contratante.

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 le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley.

Interés Moratorio

En caso de que la aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar a los beneficiarios según corresponda una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

La Compañía a la presentación del certificado medico 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 se encuentre en vigor.

El importe de este anticipo será el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza de la suma asegurada básica inicial estipulada, 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.

Beneficio Adicional de 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.

Las edades mínima y máxima para la contratación de estas coberturas son 16 y 65 años, respectivamente y para renovaciones subsecuentes.

Beneficio Adicional de 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 tabla que haya sido seleccionada (Tabla A o Tabla 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:	Tabla A	Tabla 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.

Las edades mínima y máxima para la contratación de estas coberturas son 16 y 69 años, respectivamente y para renovaciones subsecuentes.

Exclusiones:

Las coberturas por Accidente no amparan:

1. A personas cuya edad sea mayor de 69 años al ingresar al seguro o en las renovaciones subsecuentes.
2. Accidentes originados por participar 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.
3. Cuando el Asegurado esté recibiendo los beneficios que para el caso de invalidez estuvieran contratados.
4. 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.
 - d. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
 - e. Complicaciones que se manifiesten 90 días después de ocurrido el accidente.

Beneficio de Indemnización Diaria por Hospitalización.

La Compañía, emite la presente cobertura, basándose en las declaraciones efectuadas por el contratante y/o el asegurado en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán la presente cobertura, son las siguientes:

Cobertura

Mediante la obligación del pago de la prima la Compañía pagará una indemnización diaria por hospitalización señalada en la carátula de la póliza al asegurado, si éste es internado en un hospital por un período mínimo de veinticuatro (24) horas, a causa de un accidente o enfermedad que ocurra durante la Vigencia de la Póliza y, limitándose a un período máximo de ciento ochenta (180) días por evento.

Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta cobertura:

Período de Cobertura

Inicia 30 días después de la fecha de expedición de esta cobertura y termina con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) Cancelación de la póliza.
- b) La muerte del asegurado.
- c) Al cumplir el asegurado 59 años de edad.

Periodo de espera

No se hará ningún pago si la Enfermedad se presenta durante los primeros 30 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura o el alta del asegurado.

Hospitalización

Es la estancia continua del Asegurado, durante por lo menos 24 horas en un Hospital o Sanatorio, dicho período empezará a contarse en el momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

Hospital o Sanatorio

Establecimiento o Institución de Salud legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina y que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipo de rayos X y quirófanos, atendidos por personal médico profesional especializado.

Accidente

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el asegurado.

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del tratamiento médico o quirúrgico que se requiera, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo evento.

Dependientes

Son los hijos solteros del asegurado menores de veinticinco (25) años de edad que son económicamente dependientes de éste último, así como el cónyuge del asegurado.

Período máximo de cobertura

El período máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente o enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el período máximo de Beneficio de ciento ochenta (180) días.

Indemnización doble

Se tendrá una indemnización doble para eventos críticos. Esta doble indemnización tendrá un período máximo por evento de dos semanas continuas, una vez terminadas las dos semanas, la indemnización será conforme a lo estipulado en la carátula de la Póliza. Se considerarán eventos críticos los siguientes: hospitalización a causa de accidentes en el extranjero, hospitalización simultánea del asegurado y su cónyuge y, hospitalización en unidad de terapia intensiva.

Edad

Al momento de contratación de esta cobertura, el asegurado deberá tener entre 16 y 59 años, siendo posibles las renovaciones hasta el aniversario inmediato posterior en que la edad del asegurado sea de 59 años.

Condiciones Médicas Preexistentes:

Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

1. La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya 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 Compañía 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del Contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al asegurado que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

3. En el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.
4. El asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Pruebas

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen.

Para el trámite del pago es indispensable entregar la siguiente documentación:

1. El aviso de reclamación que será requisitado en forma completa y con letra legible por el afectado o los beneficiarios de la póliza, utilizando para ello los formatos que la compañía tenga establecidos.
2. Informe médico, este documento será requisitado por el (los) Médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento objeto de la reclamación, y por lo tanto se anexarán todos los informes como Médicos hayan participado. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, estudios de gabinete y demás elementos probatorios.

EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS:

- 1) Por hospitalización a consecuencia de condiciones médicas preexistentes.
- 2) Por hospitalización a consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Sistemático Relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.
- 3) Por hospitalización a consecuencia de accidentes y/o tratamientos curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como *check-up*. tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
- 4) Por hospitalización a consecuencia de accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.
- 5) Por hospitalización a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente Póliza, o durante su Vigencia.
- 6) Por hospitalización a consecuencia de lesiones por la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta Póliza o durante su Vigencia.

- 7) Por hospitalización a consecuencia de lesiones que sufra el asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- 8) Por hospitalización a consecuencia de lesiones de viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- 9) Por hospitalización a consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- 10) Por hospitalización a consecuencia de enfermedad mental y/o nerviosa.
- 11) Por hospitalización a consecuencia de anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.
- 12) Por hospitalización a consecuencia de lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente.
- 13) Por hospitalización a consecuencia de todo tipo de hernias y sus consecuencias, sin importar su causa.
- 14) Por hospitalización a consecuencia de cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de un Accidente.
- 15) Por hospitalización a consecuencia de tratamientos realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y cualquier otra práctica de medicina alternativa, así como tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
- 16) Por hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad.
- 17) Por hospitalización a consecuencia de tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.
- 18) Por hospitalización a consecuencia de tratamiento de pie diabético.
- 19) De conformidad con el Artículo 78 de la Ley también quedan excluidos los Accidentes ocurridos por culpa grave-
- 20) En relación con los procedimientos de trasplantes no se pagará la indemnización Diaria por Hospitalización del donante, salvo que sea el propio Asegurado.
- 21) Por hospitalización a consecuencia de tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.

- 22) Por hospitalización a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad y tratamientos de fertilización, y sus complicaciones.
- 23) Por hospitalización a consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio del asegurado, así como lesiones autoinflingidas o mutilaciones voluntarias que realice el asegurado, aún cuando estas se comentan en estado de enajenación mental de éste.