

SEGURO GRUPO VIDA AHORRO

Contenido

I. DEFINICIONES	4
II. CONDICIONES GENERALES	8
1. Contrato o Póliza.....	8
2. Objeto del Seguro	8
3. Vigencia de la Póliza.....	8
4. Plazo del Seguro.....	8
5. Beneficiarios.....	9
6. Edad	10
7. Renovación	11
8. Terminación Anticipada del Contrato.....	11
9. Registro de Asegurados.....	11
10. Cambio de Contratante.....	12
11. Reconocimiento de Antigüedad.....	12
12. Moneda.....	12
13. Aspecto Fiscal o Impuestos	12
14. Primas	12
15. Fondo de Reserva	14
16. Detalle del movimiento	14
17. Extinción de las Obligaciones de La Aseguradora	14
18. Prescripción.....	15
19. Derechos al separarse del Grupo Asegurable	15
20. Modificaciones y Notificaciones	16
21. Carencia de Restricciones	16
22. Disputabilidad	16
23. Comisión.....	17

24.	Prelación	17
25.	Dividendos	17
26.	Competencia	17
27.	Movimientos de asegurados	17
28.	Reporte de Movimientos	18
29.	Solicitud	18
30.	Siniestros	19
31.	Entrega de Información	22
32.	Aviso de privacidad	23
III.	COBERTURAS	24
1.	Cobertura básica por fallecimiento	24
2.	Cobertura de Anticipo por Enfermedades Terminales	25
3.	Cobertura por invalidez Total y Permanente	26
4.	Cobertura de Gastos Funerarios	27
5.	Cobertura por Separación o Retiro	27
IV.	EXCLUSIONES GENERALES	29
V.	TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES	31
	ENDOSO DE INDISPUTABILIDAD.....	42
	ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE CONSENTIMIENTO.....	43
	ENDOSO DE SUICIDIO.....	44
	ENDOSO DE LÍMITE DE EDAD	45
	ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL	46
	ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN AUTOADMINISTRADA.....	47
	ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN A DECLARACIÓN	50
	ENDOSO DE MOTOCICLISMO HERRAMIENTA DE TRABAJO	52
	ENDOSO DE MOTOCICLISMO	53
	ENDOSO DE DEPORTES EXTREMOS O PELIGROSOS.....	54
	ENDOSO DE ACTIVIDAD DE ALTO RIESGO.....	55
	ENDOSO DE AERONAVE PARTICULAR	56

ENDOSO DE PERIODO DE ESPERA	57
ENDOSO DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	58
ENDOSO DE MODIFICATORIO.....	59
ENDOSO DE INTEGRACIÓN DE SUELDO PARA SUMA ASEGURADA	60
ENDOSO DE ELEGIBILIDAD	61
ENDOSO DESCUENTO DE CARGOS	62

PREMILIMAR

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., denominada en adelante como “La Aseguradora”, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma y de acuerdo con la definición de Asegurado, la protección por la cobertura contratada, en apego a las especificaciones de la Póliza, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

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

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

I. DEFINICIONES

La Aseguradora.

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

Asegurado

Es aquella persona física integrante del Grupo Asegurado que cumplen con los requisitos de elegibilidad, quien firma el consentimiento como miembro del Grupo Asegurado y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de esta Póliza.

Anquilosis

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

Beneficiario

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

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá modificar en cualquier tiempo la designación de Beneficiarios, mediante notificación por escrito que deberá remitirse a La Aseguradora para la anotación correspondiente.

En el supuesto de que la notificación de que se trata no se reciba oportunamente y La Aseguradora pague el importe del Seguro al último Beneficiario del que haya tenido conocimiento, el Asegurado conviene que el pago se realizará sin responsabilidad alguna para ésta.

Beneficiario Irrevocable

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

Certificado Individual

La Aseguradora expide un documento denominado Certificado Individual por cada integrante del Grupo Asegurado donde se describen las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la Póliza. Todos los Certificados Individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado, salvo pacto en contra establecido en endoso correspondiente.

Cesión de derechos

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

Consentimiento

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

Contratante

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, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Contrato o Póliza de Seguro

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

Culpa grave

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

Detalle del movimiento

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

Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o particulares del Contrato y forma parte de éste.

Grupo Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa, dependencia o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, cuya edad esté comprendida dentro de los límites de aceptación fijados por La Aseguradora, y que habiendo firmado los consentimientos respectivos para ser asegurados queden inscritas en el Registro de Asegurados anexo a esta Póliza.

Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, firmaren su consentimiento y quedaren inscritas en el registro de Asegurados anexo a esta Póliza.

Invalidez Total y Permanente

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

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

En caso de que el Asegurado no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, y haya transcurrido el periodo de espera para esta cobertura, para acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente, bastará que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el mismo.

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo, la pérdida de ambas manos, ambos pies, una mano y un pie.

Periodo de espera

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

Práctica amateur de deportes extremos.

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

Práctica profesional de deportes extremos.

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

Prima

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

Relación de Integrantes o Asegurados.

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

Retiro.

Cesar el ejercicio laboral por haber alcanzado la edad máxima.

Separación.

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

Siniestro Cubierto.

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

Suma Asegurada

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

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

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

Suma Asegurada Máxima.

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

Versión

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

II. CONDICIONES GENERALES

1. Contrato o Póliza

Son testimonio de este contrato: La Solicitud del Seguro, la Póliza de Seguro de Grupo Vida, el Registro de Asegurados o Relación de Integrantes, los Consentimientos de Designación de Beneficiarios, los Certificados Individuales, Condiciones Generales, los endosos, en su caso la Solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique y los Recibos de pago, así como el folleto de los derechos básicos de los Asegurados.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Objeto del Seguro

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

El límite de las obligaciones de La Aseguradora será exclusivamente dentro de los términos y condiciones estipulados en esta Póliza, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

3. Vigencia de la Póliza

Es el periodo durante el cual el Contrato de Seguro tiene validez y será delimitado por las fechas de inicio y de término de vigencia estipuladas en la carátula de la Póliza, siempre que la Prima vencida sea pagada dentro del período convenido.

Este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la Póliza. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia. Para los integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, su vigencia se hará constar en el Certificado Individual correspondiente.

4. Plazo del Seguro

La cobertura del seguro podrá ser menor o igual a un año, con renovación automática. Adicionalmente se constituye un fondo que se va acumulando durante la vigencia de la póliza.

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

5. Beneficiarios

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

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

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

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

Cuando no haya beneficiario designado la Suma Asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

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

ADVERTENCIA:

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente

puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

6. Edad

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

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

Si la edad declara sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá para el Certificado Individual correspondiente y se reintegrará al Contratante la reserva de riesgos en curso del contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, La Aseguradora reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de La Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de Tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Aseguradora estará obligada a pagar la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las Primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la Póliza.
- e) En caso de que La Aseguradora ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

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

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

7. Renovación

La Aseguradora podrá renovar el Contrato de Seguro de grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del “Reglamento del Seguro de Grupo” en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contenidas en la Nota Técnica respectiva.

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

8. Terminación Anticipada del Contrato

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

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

- i. El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato de Seguro presentando una solicitud por escrito en las oficinas de La Aseguradora o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación, con 30 días hábiles de anticipación a la fecha en que se desea dar por terminado,

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

- ii. Se presenta la baja o separación definitiva de los Asegurados del Grupo Asegurable que forman parte de la Póliza,
- iii. La protección terminará para cada Asegurado de acuerdo con los límites de edad estipulados para cada cobertura, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora,

9. Registro de Asegurados

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

- Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y edad de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado,

- Suma Asegurada o regla para determinarla,
- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado y fecha de terminación de los mismos,
- Número del Certificado Individual,
- Coberturas amparadas.

10. Cambio de Contratante

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

La prima pagada y no devengada, se devolverá dentro de los siguientes 30 días hábiles después de haber recibido la solicitud de devolución.

11. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Asegurado tuvo en una Póliza de Seguro de Vida Grupo, en esta o en otra Institución de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas o beneficios hayan sido contratadas u otorgados en esta y en la Póliza anterior.

12. Moneda

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

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

13. Aspecto Fiscal o Impuestos

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

14. Primas

Prima total

La Prima total del seguro será la suma de las Primas que correspondan a cada uno de los Asegurados para el pago de las coberturas contratadas de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

Pago de Primas

El Contratante será el único responsable ante La Aseguradora del pago de la totalidad de la Prima. Si los miembros del Grupo Asegurado contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la porción de la Prima correspondiente.

Cuando un miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del seguro a La Aseguradora.

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

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (cheque) (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

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

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

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, La Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la Prima total del Grupo Asegurable correspondiente a la Prima no pagada.

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

Para efectos del pago fraccionado, se entenderá por pago inicial, al primer pago que realice el contratante al cual se le sumarán los gastos de expedición de la póliza contratada y pagos subsecuentes a aquellos que sobrevengan con posterioridad al pago inicial.

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá optar por proceso de rehabilitación, sujeto a la aprobación de La Aseguradora, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a La Aseguradora una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante,

- b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Aseguradora,
- c) Cubrir el importe de las Primas no pagadas,
- d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación de La Aseguradora determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que La Aseguradora comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula 22 Disputabilidad. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que La Aseguradora acepte la misma.

15. Fondo de Reserva

Se constituirá a partir de las Primas aportadas tanto por el Asegurado y/o Contratante por concepto de Prima Básica o Adicionales del Seguro más las aportaciones extraordinarias realizadas en cualquier momento durante el plazo del seguro, Así como por la Prima inicial que en su caso llegara a aportar proveniente de su Fondo de Reserva previo a la contratación de la presente Póliza más los rendimientos reconocidos, deduciendo los cargos correspondientes a la prima de la cobertura básicas de fallecimiento y de las coberturas adicionales que se hayan contratado y menos los retiros durante el plazo del seguro.

El cargo correspondiente que se descontará será por concepto administración cada mes durante el plazo del seguro de la Póliza del Fondo de Reserva será hasta un máximo del 20% de los intereses generados del fondo durante la vigencia del seguro.

El Fondo de Reserva se invertirá en apego a las reglas de inversión determinadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

El producto no garantiza una tasa de rendimiento.

16. Detalle del movimiento

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

17. Extinción de las Obligaciones de La Aseguradora

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

"Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado" (Artículo 9 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). "Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario" (Artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10o de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro" (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior" (artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

18. Prescripción

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Aseguradora haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

19. Derechos al separarse del Grupo Asegurable

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

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurable deberá presentar su solicitud a La Aseguradora, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de su separación.

La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de La Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse.

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

20. Modificaciones y Notificaciones

Toda comunicación entre La Aseguradora, el Asegurado y/o el Beneficiario deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza. En los casos en que el domicilio de La Aseguradora llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la Póliza, La Aseguradora deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

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

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

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

Las condiciones de esta Póliza y sus endosos respectivos solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Asegurado y La Aseguradora y éstas se hagan constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

21. 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.

22. Disputabilidad

El contrato durante 2 (dos) años de vigencia continua e ininterrumpida, siempre será disputable a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por La Aseguradora.

Transcurrido el plazo señalado en el párrafo precedente, el Contrato será indisputable.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Asegurado solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por La Aseguradora, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, será disputable a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada.

Este contrato será disputable, durante el plazo que se indique para cada Grupo Asegurado que haya sido de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de acuerdo con lo señalado por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- La solicitud del Seguro.
- Consentimiento.
- Solicitud de requisitos cuando aplique.
- El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

23. Comisión

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

24. Prelación

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

25. Dividendos

Este contrato no otorga dividendos

26. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de La Aseguradora de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF”.

Si el Asegurado o Beneficiario lo desean pueden acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77- Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, Tel. (55)41619550, Correo: contacto@apvida.mx.

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

27. Movimientos de asegurados

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

Las personas que ingresen al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su alta al Grupo Asegurable con posterioridad a la celebración de la Póliza y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando La Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

La Prima de estos nuevos miembros del Grupo Asegurable será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

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

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

28. Reporte de Movimientos

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

29. Solicitud

El formato de solicitud que proporcione la Compañía para celebrar el contrato de seguro debe comprender la siguiente información:

- a) Operación de seguro de que se trata y naturaleza de los riesgos por asegurar;
- b) Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro;
- c) Características particulares o especiales del grupo que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante;

- d) Sumas aseguradas para los integrantes del grupo o regla para determinarlas;
- e) Participación con la que, en su caso, los integrantes del grupo contribuyente al pago de la prima;
- f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos;
- g) Expresar si el objeto del contrato de seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo contratante.

30. Siniestros

Procedimiento en caso de siniestro

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

Conforme al artículo 66 de la Ley del Contrato de Seguro, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser por escrito, si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

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

Documentos para Reclamación

La indemnización establecida para cada Cobertura se concederá únicamente si se presenta a La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite el derecho a reclamación del Asegurado o Beneficiario al materializarse el evento asegurado dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado Individual correspondiente.

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

Documentos del Asegurado:

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el Asegurado o Certificado Individual del seguro de grupo, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Copia certificada del acta de defunción del Asegurado,
3. Copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado,
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma si estuviere en poder del beneficiario,

5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la Suma Asegurada en caso de que ésta se encuentre en función de regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del beneficiario,
6. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.

Documentos del (los) beneficiario(s):

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

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

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

La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: "Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."

Pago de la Indemnización

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al Asegurado y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda. La Aseguradora pagará cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los

documentos e información que le permitan conocer el fundamento del siniestro, mismos que se establecen en el apartado de la cobertura a reclamar.

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

La Compañía paga la Suma Asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición, salvo que a petición del Asegurado se hubiere convenido mediante cláusulas adicionales una forma de pago diferente, como puede ser a través de:

- Fideicomisos. El Contratante y/o Asegurado pueden contratar un fideicomiso para que la Suma Asegurada contratada sea liquidada de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Fideicomiso.
- Otra: Todo monto pagadero bajo la póliza puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual al momento de la contratación del seguro, pudiendo ser: rentas mensuales, bimestrales, semestrales o anuales, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada.

A efecto de realizar el pago correspondiente, de conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, en ese sentido, el Asegurado o Beneficiario se obligan a entregar la documentación de acuerdo con el apartado de documentos para la reclamación de siniestros debidamente cotejados contra el original.

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

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

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, La Aseguradora pagará la Suma

Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, La Aseguradora, por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

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

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

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

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

Pagos indebidos

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

Indemnización por mora

En caso de que La Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que La Aseguradora haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

31. Entrega de Información

La Aseguradora está obligada a entregar al Asegurado o Contratante la siguiente información y documentación:

- a) El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- c) La dirección de la página electrónica en Internet de La Aseguradora, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- d) Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de La Aseguradora;
- e) Los datos de la Unidad Especializada de La Aseguradora.

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

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

32. Aviso de privacidad

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

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

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

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

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

- I. Identificación oficial o documentación con el que se acredite la representación del Titular.
- II. Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

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

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

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

Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

III. COBERTURAS

Edad de aceptación o admisión

Los límites de admisión fijados por La Aseguradora para este Contrato son: 18 años como mínimo y 69 para la cobertura básica, el máximo dependerá de la cobertura adicional contratada, en caso de solicitar edades fuera de las establecidas, La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar bajo costos y condiciones que se especifiquen y establezcan en la Póliza.

COBERTURA BÁSICA

1. Cobertura básica por fallecimiento

Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro o del Certificado Individual y estando al corriente en el pago de Primas de la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada pactada y determinada en el Certificado Individual correspondiente para esta cobertura.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para La Aseguradora.

Límite de edad de contratación de la cobertura

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

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

Suma Asegurada

En caso de fallecimiento por cualquier causa del Asegurado dentro de la vigencia de la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, La Aseguradora pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s), la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza, más el Fondo de Reserva correspondiente, una vez que se presente toda la documentación que acredite que dicho evento haya ocurrido de conformidad con las condiciones vigentes en la Póliza.

Terminación de la cobertura contratada

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

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA ADICIONAL SIN COSTO DE PRIMA

2. Cobertura de Anticipo por Enfermedades Terminales

La Aseguradora pagará el anticipo por concepto de “Anticipo por Enfermedades Terminales” sin costo adicional, cuando se haya solicitado por el contratante la presente cobertura adicional apegándose a los siguientes lineamientos:

Descripción de la cobertura

Esta cobertura aplica sólo si se solicita de manera expresa por el contratante y así aparece indicado en la caratula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

La Aseguradora otorgará hasta el porcentaje de la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento establecido en la carátula de la Póliza como anticipo, en caso de que el Asegurado presente una de las siguientes enfermedades terminales:

- Accidente Vascular Cerebral,
- Cáncer,
- Insuficiencia cardiaca,
- Insuficiencia hepática crónica,
- Insuficiencia renal crónica,
- Insuficiencia respiratoria crónica.

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

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

Terminación de la cobertura contratada

Al momento de proceder el pago Anticipo del porcentaje de la Suma Asegurada por enfermedades terminales, se verá reducido el monto de cobertura por fallecimiento en la misma proporción del anticipo.

COBERTURA ADICIONALES CON COSTO DE PRIMA

Las coberturas siguientes podrán ser contratadas bajo convenio expreso en adición a la cobertura básica, mediante el cobro de Prima adicional por cada cobertura contratada.

3. Cobertura por invalidez Total y Permanente

Descripción de la cobertura

Si se produce la Invalidez Total y Permanentemente del Asegurado a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, La Aseguradora pagará al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el Certificado Individual del Asegurado más el Fondo de Reserva cuando se haya contratado la cobertura, en caso de recibir las pruebas que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de Invalidez Total y Permanente.

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

Se considera también como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo, la pérdida de ambas manos, ambos pies, una mano y un pie.

En los casos de Invalidez Total y Permanente, la fecha de siniestro será la establecida en el dictamen médico de invalidez total y permanente expedida por el médico autorizado o institución de seguridad social. Dictamen médico emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el Asegurado, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un Asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social como IMSS o ISSSTE, la fecha del siniestro será la establecida a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente.

Esta cobertura tendrá un periodo de espera de 90 días contados a partir de la fecha de alta de cualquier asegurado al Grupo Asegurado, salvo pacto en contra, mismo que deberá estar especificado en endoso correspondiente.

Límites de edad de contratación, renovación y terminación

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

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

Terminación de la cobertura contratada

Esta Cobertura se cesará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, en el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

4. Cobertura de Gastos Funerarios

Descripción de la cobertura

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará por única ocasión, la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza y certificado Individual, al(los) beneficiario(s) que presenten los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la Suma Asegurada contratada siempre y cuando, el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia de la Póliza o del Certificado Individual.

Límites de edad de contratación, renovación y terminación

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

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

Terminación de la cobertura contratada

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

5. Cobertura por Separación o Retiro

Descripción de la cobertura

En caso de que el Asegurado llegara fallecer o a separarse del servicio durante el plazo del Seguro, La Aseguradora liquidará en una sola exhibición, el importe del Fondo de Reserva acumulado a la fecha establecida como fallecimiento o separación o retiro, quedando extinguida toda responsabilidad que La Aseguradora tuviera en relación con la Póliza.

En caso de que ocurran el Fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios el importe acumulado del fondo correspondiente más intereses reconocidos.

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del fondo acumulado.

Por su parte, La Aseguradora tiene derecho a compensar contra este fondo, cualquier adeudo que tenga el Contratante y/o Asegurado en favor de esta por causa de las condiciones y obligaciones del contrato.

En caso de que la solicitud del seguro se establezca que el objeto del seguro sea para garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del contratante, esté podrá hacer retiros del fondo acumulado.

Suma Asegurada

El pago de Suma Asegurada se realizará en los siguientes casos:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado, pagará el monto total del Fondo de Reserva de ese Asegurado, generado hasta el día de la correspondiente solicitud de pago del Seguro.
- b) En caso de invalidez Total y Permanente,
- c) En caso de que el Asegurado que se separe del servicio a favor del Contratante, el monto total de su Fondo de Reserva individual generada al día de la respectiva solicitud de pago, del Seguro.

Terminación del Contrato

La póliza termina sin obligación alguna para la Aseguradora, con el pago a los Beneficiarios que proceda por fallecimiento del Asegurado, por liquidación del Fondo o por la fata de pago de prima.

Prima

Todas las aportaciones que el Contratante y/o Asegurado realicen por concepto de Primas básicas y adicionales, se destinan al fondo deduciendo las Primas por fallecimiento y coberturas adicionales que se hayan contratado. El fondo acumulado es la reserva matemática.

Rescates

Durante la vigencia de la póliza y de su Certificado individual, el Asegurado puede en el momento en que así lo desee, hacer retiros parciales de su fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deduce del fondo constituido. El asegurado puede hacer diversos retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes de la Aseguradora, que se den a conocer a través de los estados de cuenta que se envíen al Asegurado, directamente en la Aseguradora.

La Aseguradora pagará al Asegurado dentro de los veinte días hábiles siguientes al mismo en que le entregue la respectiva solicitud, el monto que tenga derecho por concepto de rescate.

Estados de cuenta

La Aseguradora enviará de manera trimestral y en papel impreso, un estado de cuenta a cada Asegurado, por medio de correo al domicilio que él haya señalado en el formato "Seguro de Separación, Seguro de Retiro o cualquier otra denominación" o a través del Contratante, el cual contendrá los movimientos operados mensualmente en el período que se trate, que comprenda la tasa de interés de estos períodos, el importe de los rendimientos y el monto de su Fondo de Reserva a la fecha de corte, siempre y cuando La Aseguradora reciba oportunamente del Contratante, la información que le permita individualizar la cuenta del Asegurado de que se trate.

El Asegurado dispondrá del término de treinta días naturales contados a partir del mismo día de que reciba el mencionado estado de cuenta, para solicitar cualquier rectificación de este, transcurrido dicho término salvo prueba en contrario se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

En adición a lo anterior, La Aseguradora publicará en su página Web www.apvida.mx los días quince de cada mes o el día hábil siguiente, un reporte global al Contratante.

Baja de la colectividad asegurada

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

IV. EXCLUSIONES GENERALES

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

EXCLUSIONES PARA COBERTURA BÁSICA

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

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

En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima neta pagada de este beneficio correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición.

EXCLUSIONES PARA COBERTURAS ADICIONALES POR CAUSA DE INVALIDEZ.

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

- a) Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador,**
- b) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que**

- participe directamente el Asegurado,**
- c) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo,**
 - d) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa),**
 - e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente,**
 - f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado,**
 - g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente,**
 - h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto si se contrata mediante el endoso correspondiente,**
 - i) Estados de Invalidez Parciales o Incapacidades Laborales que se hayan presentado en los últimos seis meses antes del alta del Certificado o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del certificado,**
 - j) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta**

- conducta haya influido directamente en la realización del siniestro,**
- k) Lesiones por radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas,**
 - l) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas. Para efectos de esta exclusión, se entenderá que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando presente 0.05 mg/dL.**
 - m) Lesiones por cualquier alteración psicológica,**
 - n) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA),**
 - o) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas sustancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.**

Para efectos de esta exclusión, se entenderá que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de bebidas alcohólicas cuando presente 0.05 mg/dL,
 - p) Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.**

V. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés

moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV.** Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V.** En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI.** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- a)** Los intereses moratorios;
 - b)** La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c)** La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

- I.** Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II.** Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a)** Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b)** Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a)** El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b)** La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c)** La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido,

- así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo,
y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

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

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

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

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

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

- I) En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II) En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

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

Artículo 168.- El Contrato de Seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa Aseguradora estará obligada a restituir las Primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

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

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

- I) El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
I BIS. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.
La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
- II) La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III) En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
- IV) La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.
- V) La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI) La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
- Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VII) En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

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

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

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

- VIII)** En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX)** La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X)** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la Suma Asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

ARTÍCULO 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

ARTÍCULO 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas , a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02”.

ENDOSO DE INDISPUTABILIDAD

Contratante:

Asegurado:

Fecha de Emisión del Endoso :

Número de Póliza:

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

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

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

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

Si las omisiones o inexactitudes son relativas a la edad del Asegurado, se procederá conforme a lo señalado en la cláusula de edad de estas condiciones generales.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora aceptará en aquellos grupos que ya tenían contratada una Póliza similar, los consentimientos más recientes que se tengan firmados, debiendo estar certificados por parte del Contratante en caso de que el Asegurado sufra un siniestro mientras se requisita el formato de La Aseguradora.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE SUICIDIO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Se modifica la cláusula de suicidio, a quedar que La Aseguradora cubre el fallecimiento del Asegurado por suicidio desde el primer día de vigencia del Contrato de Seguro.

El suicidio no se considera como accidente.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE LÍMITE DE EDAD

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Se aceptan en las coberturas que otorga está Póliza a los siguientes Asegurados:

NOMBRE DEL ASEGURADO	EDAD	Cobertura

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

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del
Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora aceptará el incremento la Suma Asegurada máxima individual para el Asegurado señalado en el presente endoso, quedando de la siguiente forma:

Nombre completo	Cobertura	Incremento de Suma Asegurada

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN AUTOADMINISTRADA

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Esta Póliza utilizará el sistema de autoadministración consistente en lo siguiente:

- I. Este sistema consiste en que no se reportarán altas ni bajas durante la vigencia de la Póliza solo se entregará al final de la vigencia un nuevo censo.

Las incorporaciones a las distintas coberturas serán efectivas para las altas a partir cumplir con la elegibilidad del Grupo Asegurado.

Para el cálculo de ajuste de Prima al final de la vigencia a que se refiere el sistema de Autoadministración de la Póliza, este se hará de la siguiente manera:

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo a la regla de Suma Asegurada establecida para los Integrantes, y con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

Ajuste único será el equivalente al 50% (Suma Asegurada Final - Suma Asegurada Inicial) * Cuota Promedio

Donde:

- a) Suma Asegurada Final será determinada según censo proporcionado al final de la vigencia que contempla los movimientos de alta y baja de Asegurados, así como los incrementos en Suma Asegurada.
- b) Suma Asegurada Inicial es aquella resultante del censo con el que se emitirá la Póliza.

- c) Cuota Promedio: resulta de la división de la Prima total de cada cobertura entre la Suma Asegurada del inicio de la Póliza
- II. Bajo esta administración, El Contratante se compromete a administrar y resguardar los documentos consistentes en los Consentimientos y designación de beneficiarios y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato, el Contratante entregará el original al beneficiario haciendo constar que es la última que elaboró el Asegurado.

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

La Aseguradora podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro lo anterior de conformidad con lo establecido por del artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a La Aseguradora su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante no entregará a La Aseguradora reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose La Aseguradora a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

- a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a La Aseguradora, para cada caso concreto, su solicitud a lo que La Aseguradora podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por La Aseguradora, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.
- b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a La Aseguradora el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

En caso de no presentar lo solicitado en los incisos anteriores, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de este contrato. El monto de la indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Asegurados y Certificado Individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN A DECLARACIÓN

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Esta Póliza utilizará el sistema a declaración que consiste en lo siguiente:

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Institución y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información prevista en los Certificados.

La Institución podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a La Aseguradora su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante entregará a La Aseguradora reportes mensuales de los movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose La Aseguradora a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

- a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a La Aseguradora, para cada caso concreto, su solicitud a lo que La Aseguradora podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por La Aseguradora, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

- b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a La Aseguradora el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

En caso de no presentar lo solicitado en los incisos anteriores, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de este contrato. El monto de la indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Asegurados y Certificado Individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro. Si esta se establece con base en el sueldo del Asegurado, se considerará el que esté vigente al momento de ocurrir el fallecimiento y deberá comprobarse al momento de la reclamación presentando el recibo de nómina que corresponda.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE MOTOCICLISMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora otorga la cobertura de invalidez total y permanente, si el Asegurado se incapacita o fallece en un accidente de motocicleta, siendo esta utilizada como herramienta habitual del trabajo, así como si es utilizada como medio de transporte en el trayecto del Asegurado de su casa al trabajo y viceversa. Para hacer procedente el reclamo se debe demostrar que el Asegurado utilizaba el equipo de protección necesario (casco y botas) y contar con licencia de motociclista vigente al momento del siniestro,

Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE MOTOCICLISMO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora otorga la cobertura adicional de invalidez total y permanente, si el Asegurado se incapacita o fallece en un accidente de motocicleta, cuando el Asegurado participe en eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con motociclismo.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE DEPORTES EXTREMOS O PELIGROSOS

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora otorga la cobertura adicional de _____, Si el Asegurado sufre Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional en deportes extremos tales como _____.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE ACTIVIDAD DE ALTO RIESGO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

La Aseguradora otorgará la cobertura adicional de invalidez total y permanente , en caso de que el Asegurado sufra fallecimiento o lesión a consecuencia de su participación en eventos o actividades en práctica amateur relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

Para efectos de este endoso, se entenderá como actividad de alto riesgo aquella que por su naturaleza o lugar donde se realiza, implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en la actividad rutinaria del común de las personas, las cuales pueden causar accidentes severos o mortales. Todos los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE AERONAVE PARTICULAR

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

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

Quedan excluidos vuelos particulares en Helicópteros y aeronaves militares.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE PERIODO DE ESPERA

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Se elimina el periodo de espera para la cobertura _____.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

siguiente: Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Asegurado tuvo en una Póliza de Grupo, en esta o en otra Institución de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas y beneficios hayan sido contratadas u otorgados en ésta y en la Póliza anterior.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.”

ENDOSO DE MODIFICATORIO

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Se elimina la exclusión de _____ del inciso _____ de condiciones generales a fin de para ampliar la cobertura la cobertura _____.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE INTEGRACIÓN DE SUELDO PARA SUMA ASEGURADA

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

Que los elementos para la integración del sueldo _____ serán la _____.

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DE ELEGIBILIDAD

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

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

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.

ENDOSO DESCUENTO DE CARGOS

Contratante
Asegurado
Fecha de Emisión del Endoso
Número de Póliza

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

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

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

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2024, con el número CNSF-S0069-0275-2023 / CONDUSEF-006076-02.