

No. Póliza:

No. Consentimiento / Certificado Individual:

Vigencia del Certificado: 12:00 hrs dd/mm/aaaa a 12:00 hrs dd/mm/aaaa.

Vigencia de la póliza: 12:00 hrs dd/mm/aaaa a 12:00 hrs dd/mm/aaaa.

CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO VIDA GRUPO AHORRO

Favor de utilizar letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

CONTRATANTE Nombre o Razón Social:

R.F.C.

NOMBRE DEL ASEGURADO:

R.F.C.:

Fecha Nacimiento: dd/mm/aaa CURP:

Correo electrónico:

Domicilio:

Grupo o subgrupo al que pertenece:

COBERTURAS AMPARADAS

**Suma Asegurada por Cobertura y Asegurado
(Regla o Monto)**

Básica

Adicionales

Endosos y Aclaraciones

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Apellidos Paterno/Materno/ Nombres

Parentesco

**Porcentaje de Suma
Asegurada**

ADVERTENCIA: En el caso en que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores a efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del 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 pueden implicar que se nombre beneficiario al menor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Expresamente otorgo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de aquel(los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquel(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada que se contrate(n) en mi favor. Y en el entendido de que Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. pagará la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente dicho pago, recibe nueva designación de Beneficiario.

Nombre y Firma del Asegurado
CDMX, MÉXICO

Información importante:

Quedarán protegidas por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el Asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo ante otra persona, la cual firmará el presente consentimiento para ser Asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.

Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los módulos de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales para la cobertura amparada.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por los que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda allegarse de información a través de otras fuentes o personas.

Extracto de Condiciones Generales

CONTRATO O PÓLIZA

Son testimonio de este **Contrato**: La Solicitud del Seguro, la Póliza de Seguro de Grupo Vida, el Registro de **Asegurados** o Relación de Integrantes, los Consentimientos de Designación de **Beneficiarios**, los **Certificados Individuales**, Condiciones Generales, 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 modificaciones”. (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

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 Asegurado**, 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 consignando en la Carátula de la **Póliza**, **Certificado Individual** o **Endoso** correspondiente.

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 y el **Fondo de Ahorro Acumulado**.

VIGENCIA DE LA POLIZA

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 periodo 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 cada **Asegurado**, la vigencia se hará constar en el **Certificado Individual** correspondiente.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este **Contrato de Seguro** prescribirán en cinco años para las coberturas de fallecimiento y en dos años para las demás, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen 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.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

En términos de los artículos 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, 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 los Usuarios de Servicios Financieros (UNE) de **La Aseguradora**, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Toda comunicación entre **La Aseguradora**, **El Contratante**, **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 **Contratante** y el **Asegurado** deberán notificar por escrito a **La Aseguradora** cualquier cambio de domicilio señalado en carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual** durante la vigencia correspondiente.

Las notificaciones que **La Aseguradora** haga al **Contratante** y/o **Asegurado** se dirigirán al último domicilio que éstos hayan proporcionado por escrito a **La Aseguradora**.

Los requerimientos y comunicaciones que **La Aseguradora** deba hacer al **Contratante**, **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.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada de **La Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así como en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de **La Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

Cobertura básica por fallecimiento

Si durante la vigencia del Certificado Individual, 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, más el Fondo de Ahorro acumulado a la fecha del fallecimiento.

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

Cobertura de Anticipo por Enfermedades Terminales

La Aseguradora pagará el anticipo por concepto de “Anticipo por Enfermedades Terminales” sin costo adicional, siempre y cuando se haya solicitado de manera expresa por el Contratante la presente cobertura adicional y se encuentren como amparadas en el Certificado Individual y una vez transcurrido el periodo de espera correspondiente, y si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado es diagnosticado o sufre alguna de las Enfermedades Terminales que más adelante se detallan, apegándose a los siguientes lineamientos:

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 el Certificado Individual como anticipo, en caso de que El Asegurado se vea afectado y presente una de las siguientes enfermedades terminales:

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

Y a consecuencia de ello, le sea diagnosticado un estado de salud terminal.

Para el otorgamiento de esta cobertura, se debe de acreditar que El Asegurado padece un estado de salud terminal, si al diagnosticarle alguna de las enfermedades terminales señaladas en el párrafo anterior, se demuestre ser progresiva e incurable y se pronostique la muerte del dentro de un lapso no mayor a los 12 (doce) meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente, el cual deberá ser realizado por un médico especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o por el Instituto de Seguridad Social del que el Asegurado sea derechohabiente.

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

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por enfermedades terminales, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

Cobertura por invalidez Total y Permanente

Si se produce y/o sufre 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 Ahorro 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 fecha de inicio establecida en el dictamen médico de invalidez total y permanente expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Institución de Seguridad Social de la que el Asegurado sea derechohabiente 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 fecha de inicio establecida a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, en este caso se deberá presentar el formato de reclamación de siniestro que le entregue La Aseguradora, llenado por el médico que dictaminó la invalidez anexando los documentos probatorios del estado de invalidez total y.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

- a. Fecha de inicio del padecimiento que incluya su descripción clínica o si es riesgo de trabajo, la fecha de inicio del riesgo de trabajo, así como fecha de su calificación, así como el historial clínico del mismo médico especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual;

- b. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico, (resultados de laboratorio, gabinete, etc.);
- c. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
- d. Indicar las secuelas irreversibles incapacitantes valuadas conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente;
- e. Nombre, firma y cédula profesional del médico especialista autorizado, y nombre, firma y cédula profesional del médico especialista tratante, así como lugar y fecha de la realización del dictamen.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del requerimiento, que su Invalidez Total y Permanente

En caso de que La Aseguradora determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista médico en medicina del trabajo.

Esta cobertura tendrá un periodo de espera de 90 (noventa) 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 el Endoso correspondiente. No operará el periodo de espera en caso de que la Invalidez total y Permanente sea a consecuencia de un Accidente.

Cobertura de Gastos Funerarios

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 fiscales de los Gastos Funerarios relativos al Asegurado hasta por la Suma Asegurada contratada siempre y cuando, el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia del Certificado Individual.

Cobertura Fondo de Ahorro

En caso de que El Asegurado llegara fallecer o deja de pertenecer al Grupo Asegurado, La Aseguradora liquidará en una sola exhibición, el importe del Fondo de Ahorro acumulado a la fecha establecida como fallecimiento o la baja del Grupo Asegurado, quedando extinguida toda responsabilidad que La Aseguradora tuviera en relación con la Póliza.

En caso de que ocurra 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.

Ambos tipos de retiros se deberán realizar mediante solicitud expresa y por escrito del Asegurado. Y para retiro parcial con un máximo del 50% del fondo individual acumulado.

El monto del retiro será deducido del saldo final que tenga constituido el Fondo de Ahorro a la fecha que solicite el retiro.

Se retendrá los impuestos que en su caso correspondan de conformidad con las leyes fiscales vigentes a la fecha del retiro.

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 Sobre el Contrato de Seguro, **El Asegurado** o **El Beneficiario** gozarán de un plazo máximo de 5 (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 de siniestros:

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 ante registro civil del acta de defunción del **Asegurado**,
3. Copia simple legible de una identificación oficial vigente del **Asegurado** (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte) con fotografía y firma si estuviere en poder del **Beneficiario**,
4. 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 y **Fondo de Ahorro**; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del Beneficiario,
5. 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 (copia de la credencial para votar, cédula profesional, pasaporte),
3. Copia certificada ante el registro civil del acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco,
4. Copia certificada ante registro civil del Acta de nacimiento original de cada Beneficiario, en caso de que éstos fueran los hijos del Asegurado.
5. CURP o RFC con Homoclave,
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.
7. Copia del Estado de Cuenta bancario de los Beneficiarios con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
8. Formato Art. 492 de la LISF para personas físicas (proporcionado por La Aseguradora).
9. Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por La Aseguradora).

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** y **Fondo de Ahorro** que corresponda, si ésta no excede de un importe de 400 unidades de medida y actualización mensual vigentes, (UMAM) a la fecha del siniestro, se considerarán **Beneficiarios, en primer lugar a su cónyuge o concubino, en caso de existir, a los hijos por partes iguales, en caso de no tener hijos, a sus padres por partes iguales.** para tal efecto deberán presentar, además de los documentos arriba señalados, el acta de matrimonio actualizada, actas de nacimiento, presentación de dos testigos e identificaciones oficiales con fotografía.

“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 (treinta) 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 Aseguradora pagará la **Suma Asegurada** y/o el **Fondo de Ahorro** acumulado en una sola exhibición a efecto de realizar el pago correspondiente, **El Asegurado** o **Beneficiario** se obligan a entregar la documentación de acuerdo con el apartado de **Documentos para Reclamación de siniestros.**

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 30 (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 pagado, 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 la Póliza y/o en el **Certificado Individual** no concuerda con la regla para determinarla, **La Aseguradora** pagará la **Suma Asegurada** que corresponda, aplicando la regla en vigor más el Fondo de Ahorro. 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 Individual**.

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

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** al **Contratante**, **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 y sea procedente, y no cumpla con la obligación de pagar la **Suma Asegurada y Fondo de Ahorro** 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** según corresponda un interés moratorio calculado de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones para Cobertura Básica

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se origine como consecuencia de: Suicidio del Asegurado dentro del primer año de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad del mismo.

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

Exclusiones para Coberturas adicionales por causa de invalidez

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

- Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador,
- 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;
- Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado en forma voluntaria como sujeto activo;
- Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa);
- 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 concesionadas 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 activamente 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 Individual o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual;
- 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 por cualquier alteración psicológica,
- m) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA),
- n) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado, 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,
- o) Los 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.
- p) Inhalación de gas de cualquier tipo, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado,
- q) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado
- r) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente
- s) Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.

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 Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 Asegurado. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato del Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, 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.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente”.

Sello de Recibido
MÉXICO, CDMX
FECHA DE EXPEDICIÓN

Firma del funcionario
ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V.

Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.

IMPORTANTE: Estimado asegurado, el producto ligado a este certificado cuenta con exclusiones y limitaciones, las cuales pueden consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo, registrado el día 01 de junio de 2026 bajo el número de registro CNSF-S0069-0034-2026/CONDUSEF-007253-01, mismas que puede consultar en nuestra página web: www.spsegurospatrimonial.mx.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, Teléfono 55 4161 9550, www.spsegurospatrimonial.mx, Correo: UNE@spsegurospatrimonial.mx También si lo prefiere puede presentar su reclamación directamente en las oficinas de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros CONDUSEF, con oficinas centrales en Av. insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México. Para su mayor facilidad al final del formato, se transcribe un extracto de dichas Condiciones Generales con las principales cláusulas, coberturas y exclusiones.

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 01 de junio de 2026, con el número de registro CNSF-S0069-0034-2026/CONDUSEF-007253-01.

Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, C.P. 11000,
Ciudad de México, Teléfono 55 4161 9550, www.spsegurospatrimonial.mx