SEGUROS PATRIMONIAL
Totalmente Protegido

Seguro de Vida Grupo

Documentación Contractual

Agosto 2025

CONTENIDO

I. Definiciones 4

II. Clausulas Generales 11
1. OBJETO DEL SEGURO 11
2. VIGENCIA 11
3. RENOVACIÓN 11
4. CANCELACIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO 12
5. CAMBIO DE CONTRATANTE 12
6. BENEFICIARIOS 13
7. EDAD 14
8. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS 15
9. DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURABLE 15
10. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES 16
11. MODIFICACIONES 16
12. RECTIFICACIONES 16
13. DISPUTABILIDAD 17
14. MONEDA 17
15. PRIMAS 17
16. CARENCIA DE RESTRICCIONES 18
17. COMISIÓN 19
18. PRELACIÓN 19
19. DIVIDENDOS 19
20. AVISO DE PRIVACIDAD 19
21. SINIESTROS 20
22. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES 22
23. Cláusula de Arbitraje Médico 22
24. Cláusula de Actividades Ilícitas 22
25. Agravación de Riesgo 23
26. Certificados individuales 24

III. Descripción de la Cobertura 24

IV. EXCLUSIONES GENERALES 41

V. Transcripción de Preceptos Legales 44

VI. Datos de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios y CONDUSEF 60

Preliminar

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

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

I. Definiciones.

Para todos los efectos de este producto, las siguientes palabras y frases tendrán el significado y alcance que a continuación se señala:

Accidente: Por accidente se entenderá todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de este Contrato de Seguro contratado para el **Grupo Asegurado**, el cual debe provenir de una causa externa, súbita, violenta, fortuita, independiente e involuntaria para **El Asegurado**, y que esta le produzca lesiones corporales, Invalidez Total y Permanente, o bien que produzca el fallecimiento del **Asegurado** siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los 90 días posteriores a la ocurrencia del accidente.

No se considerarán ACCIDENTES las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Colectivo: Por accidente Colectivo se entiende accidente que tuviere el **Asegurado**:

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

servicio de pasajeros, **con exclusión de los ascensores de las minas**.

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

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

Anquilosis: Para efectos de Seguro se entenderá como fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

Asegurado Titular: Es aquella persona física integrante del **Grupo Asegurado** que cumple con los requisitos de elegibilidad, quien firma el **Consentimiento** como miembro del **Grupo Asegurado** y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la carátula de la **Póliza** y **Certificado Individual**.

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

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

Certificado Individual: Documento que expide **La Aseguradora** por cada integrante del **Grupo Asegurado** donde se describe las coberturas contratadas, las **Sumas Aseguradas**, la fecha efectiva, los periodos que correspondan, la designación de beneficiarios y, en general los datos a que hace referencia el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo, así como las condiciones bajo las cuales ha quedado Asegurado en la **Póliza**. Los **Certificados Individuales** se entregan al **Contratante** quien a su vez los hará llegar a cada **Asegurado** junto con una copia de las Condiciones Generales.

Contratante: Aquella persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro para sí y/o para terceras persona o grupo de personas que cumplen con la definición de **Grupo Asegurado**, misma que tiene la capacidad legal de celebrar el Contrato de Seguro con el objeto de nombrar a cada integrante elegible del grupo para que forme en los términos de las presentes Condiciones Generales y del Contrato de Seguro y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima de seguro en su totalidad, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

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

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

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.**

Consentimiento: Documento mediante el cual **El Asegurado** hace constar su voluntad para adherirse al **Grupo Asegurado**, respecto de la(s) cobertura(s) contratada(s) que estarán especificadas en la carátula de la póliza y/o **Consentimiento / Certificado individual** y vienen contempladas y detalladas en este Contrato de Seguro, así como la designación de beneficiarios, en su caso.

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 la que la mayoría de las personas tendrías previsto.

Endoso: Documento que modifica las condiciones originalmente contratadas de la póliza, previo acuerdo entre **El Asegurado** y **La Aseguradora**; y forma parte integrante de ésta última.

El cual deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren. Se consideran como parte de la misma Enfermedad las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

Evento: Es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como Siniestro.

Extraprima: Es la cantidad adicional que **El Contratante** se obliga a pagar a **La Aseguradora**, cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado.

Fecha De Alta Del Certificado Individual: Significa la fecha indicada en el **Certificado Individual** respectivo, a partir de la cual **El Asegurado** queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Fecha De Inicio De Vigencia: Significa la fecha indicada en la carátula de la póliza, en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

Grupo Asegurable: Los integrantes del Grupo sobre los que se hace la oferta del Seguro que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

Grupo Asegurado:

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

Invalidez Total y Permanente:

Se entenderá Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la póliza y **Consentimiento / Certificado individual** correspondiente, las facultades y aptitudes con que contaba **El Asegurado** se ven afectados 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 comprobante percibida durante el último año de trabajo del **Asegurado** afectado.

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.

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si el **Asegurado**:

- en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos,
- la pérdida por separación completa o anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie;
- la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o;
- la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

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

La Aseguradora: Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V.

Padecimiento preexistente: Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad o accidente cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro. La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, mediante alguno de los siguientes supuestos:

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

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

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

Reglamento del Seguro de Grupo: Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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

Riesgos de trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

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

Suma Asegurada: Es monto máximo de indemnización que **La Aseguradora** se compromete a pagar al (o los) **Beneficiario(s)** en los términos que establezcan en la carátula de la Póliza y/o **Consentimiento / Certificado individual** con el alcance y los límites establecidos en las condiciones generales en el caso de la ocurrencia de un riesgo contratado.

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

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

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

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

II. Clausulas Generales

1. OBJETO DEL SEGURO

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

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

2. VIGENCIA

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

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

3. RENOVACIÓN

La Aseguradora a petición expresa de **Contratante** 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" vigente 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 las Notas Técnicas respectivas.**

Es indispensable también que el Contratante solicite dicha renovación a más tardar 30 (treinta) días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior. Para lo cual **La Aseguradora**, en caso de que acepte llevar a cabo la renovación, notificará al **Contratante** el monto de la prima correspondiente a la nueva vigencia, dentro de los 15 (quince) días siguientes a la solicitud.

El pago de la prima acreditada, mediante el recibo emitido en las formas usuales de **La Aseguradora**, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

4. CANCELACIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La vigencia de la cobertura para cada **Asegurado** concluirá en la Fecha de término de vigencia indicada en el **Consentimiento / Certificado individual**, en la póliza o por anticipado.

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

i. **El Contratante** presenta por escrito con 30 (treinta) días de anticipación la solicitud de cancelación de la póliza.

   Si **el Contratante** decide dar por terminado anticipadamente el Contrato de Seguro, **La Aseguradora** le devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición. Dicha devolución se realizará dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciba la solicitud de terminación a la cuenta bancaria que designe el Contratante para tal efecto.

ii. El importe de la prima de la póliza no es pagado a **La Aseguradora** dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de este a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración judicial.

iii. Por rescisión del **Contrato**, en caso de que el Contratante incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para cada **Asegurado**

iv. Se presenta la baja o separación definitiva de los **Asegurados** del Grupo Asegurado que forman parte de la póliza.

v. 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**.

5. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando haya un cambio de **Contratante**, **La Aseguradora** podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al **Grupo Asegurado**, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán 30 (treinta) 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** dentro de los 30 (días) naturales posteriores a la notificación de la rescisión a la cuenta bancaria que se designe para tal efecto.

6. BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

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

ADVERTENCIA:

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo

tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

7. EDAD

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

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

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

a) Si la edad real a la fecha de celebración del **Contrato** se encuentra fuera de los límites establecidos para esta **Póliza**, el seguro se rescindirá para el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente y se reintegrará al contratante la prima de riesgo no devengada 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 diferencias entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del **Asegurado** en el momento de celebración del contrato. Las **Primas** deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de **La Aseguradora** se reducirá en la proporción que exista entre la **Prima** estipulada y la **Prima de Tarifa** para la edad real en la fecha de celebración del **Contrato**.

d) Si después de ocurrido de 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 coberturas. En caso de requerir edades fuera de dichos límites será necesario solicitarlo por escrito a La Aseguradora para que evalúen los

costos y condiciones para su aceptación; en caso de aceptación por parte de La Aseguradora se emitirá el Endoso respectivo.

8. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

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

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su alta al **Grupo Asegurable** con posterioridad a la celebración de la **Póliza** y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, **La Aseguradora** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esta situación, podrá exigir requisitos médicos y 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 (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**.

La **Prima** de estos nuevos miembros del **Grupo Asegurable** será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 **Consentimiento / 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 señala en el párrafo anterior, será devuelta dentro de los treinta días hábiles siguientes a la baja del Integrante, a la cuenta bancaria que el Contratante designe para tal efecto.

9. DERECHOS AL SEPARARSE DEL GRUPO ASEGURABLE

En caso de que la contratación de este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral,

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

Para ejercer este derecho, la persona separada del **Grupo Asegurable** deberá presentar su solicitud a **La Aseguradora**, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. **La Suma Asegurada** será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima **Suma Asegurada** sin pruebas médicas de la cartera individual de La **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 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a **La Aseguradora** la **Prima** corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

10. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

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

Los requerimientos y/o comunicaciones que **La Aseguradora** deba hacer al **Contratante**, **Asegurado** o a sus **Beneficiarios**, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que aparece en la Carátula de la Póliza, o al último domicilio que tenga registrado **La Aseguradora**.

11. MODIFICACIONES

Las condiciones de esta **Póliza** sólo se pueden modificar previo acuerdo del **Contratante** y **La Aseguradora**, que deberá constar por escrito mediante un **Endoso** que formará parte integral de la **Póliza** y del **Consentimiento / Certificado individual** y que serán registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

12. RECTIFICACIONES

Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba de la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las

estipuladas de la **Póliza** o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**; lo anterior de conformidad con lo establecido en el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. DISPUTABILIDAD

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

Esta cláusula será aplicable para aquellos Asegurados que se den de alta después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo, así como en aquellos casos en que el monto de la Suma Asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad.

14. MONEDA

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

15. PRIMAS

La **Prima Total** del Seguro será la Suma de las **Primas** que correspondan a cada **Asegurado** de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

El pago inicial de la prima incluye la primera parcialidad de la prima, los gastos de expedición y el IVA correspondiente. Los pagos subsecuentes solo incluyen la parcialidad de la prima que corresponda.

El **Contratante** tendrá como máximo un periodo de 30 (treinta) días naturales, conocido

como periodo 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** de Seguros cesarán automáticamente 30 (treinta) 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 devengada.

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

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

a) Presentar por escrito **La Aseguradora** una solicitud de rehabilitación firmada por el **Contratante**.

b) Que el **Grupo Asegurado** reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por **La Aseguradora**.

c) Cubrir el importe de las **Primas** no pagadas.

d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que **La Aseguradora** determine para este efecto.

El **Contrato de Seguro** se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que **La Aseguradora** comunique por escrito al **Contratante** haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la **Cláusula 13 Disputabilidad.** El hecho de que el **Contratante** solicite la rehabilitación del **Contrato de Seguro** no obliga a que **La Aseguradora** acepte la misma.

Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido desde ese momento los efectos de este contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia, si el Contratante no hubiese cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

16. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este **Contrato** no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del **Asegurado**, posteriormente a la **Contratación** de la **Póliza**.

17. COMISIÓN

Durante la vigencia de la **Póliza**, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a **La Aseguradora** le informe el porcentaje de la **Prima** que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este **Contrato**. **La Aseguradora** proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

18. PRELACIÓN

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

19. DIVIDENDOS

Este **Contrato** no otorga dividendos salvo pacto en contra, siempre y cuando se encuentre especificado en la **Carátula de la Póliza** y se cumpla lo establecido en el **Endoso** respectivo.

20. AVISO DE PRIVACIDAD

La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V. con domicilio en la calle de Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, 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 si 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 debe contener y acompañarse de los 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.spsegurospatrimonial.mx.

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

21. SINIESTROS

Aviso y comprobación de siniestros

Es obligación del **Asegurado** o **Beneficiario** presentar por escrito a **La Aseguradora** la reclamación en caso de haber ocurrido el siniestro que puede ser motivo de indemnización. En toda reclamación deberá acreditarse al acontecimiento del **Siniestro**.

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

Pago de indemnización por siniestros

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

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la **Suma Asegurada** que aparece en el **Consentimiento / Certificado individual** 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 **Consentimiento / Certificado individual**.

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

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

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

Indemnización por mora

En caso de que **La Aseguradora,** no obstante de haber recibido los documentos e información que le permiten conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la entrega de la documentación en términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en términos de la póliza o del **Consentimiento / Certificado Individual**, deberá pagar al **Asegurado**, **Beneficiarios** según corresponda, aun cuando la reclamación sea extrajudicial a cubrir una indemnización por mora que se calculará confirme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 originen en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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 del artículo 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.

22. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos facultará a La Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

Lo anterior será aplicable para aquellos **Asegurados** que den su consentimiento para darse de alta en el seguro después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del **Grupo Asegurado**.

Así mismo, quedarán extinguidas las obligaciones de **La Aseguradora** si se demuestra que el **Asegurado**, **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, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

23. Cláusula de Arbitraje Médico.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos o Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su Reclamación por parte de La Aseguradora, solicitar por escrito a **La Aseguradora**, la designación de un Médico independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la Enfermedad Preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el **Asegurado** y **La Aseguradora**, para que éste a través de un arbitraje privado. **La Aseguradora** acepta que si el **Asegurado** acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el **Asegurado** y en caso de existir será liquidado por **La Aseguradora**.

24. Cláusula de Actividades Ilícitas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) **Contratante**(s), **Asegurado**(s) o **Beneficiario**(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Aseguradora, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones

generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **La Aseguradora** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante**(s), **Asegurado**(s) o **Beneficiario**(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Aseguradora consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

25. Agravación de Riesgo

Las obligaciones de La Aseguradora 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro.” (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de La Aseguradora cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I y 56 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

26. Certificados individuales

La Aseguradora expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, **Certificados individuales** que expresarán los siguientes datos:

a. Nombre, teléfono y domicilio de **La Aseguradora**;
b. Firma del funcionario autorizado de **La Aseguradora**;
c. Operación de seguro, número de la póliza y del **Certificado**;
d. Nombre del Contratante;
e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del **Asegurado**;
f. Fecha de vigencia de la póliza y del **Certificado**;
g. **Suma Asegurada** o reglas para determinarla en cada beneficio;
h. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
i. La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo, y;
j. En el caso de los Seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro Grupo.

La Aseguradora, previo convenio con el **Contratante**, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los **Certificados** de la siguiente forma:

a) Proporcionando al Contratante los **Certificados** para su entrega a los asegurados, o;
b) Estableciendo la obligación del **Contratante** de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados de dichos **Certificados**.

En todos los casos, el **Asegurado** podrá solicitar a **La Aseguradora**, el **Certificado** correspondiente.

III. Descripción de la Cobertura.

COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica seleccionada opera desde la Fecha De Inicio de Vigencia estipulado en la **Póliza** y/o **Consentimiento / Certificado individual** y no podrá sufrir cambio durante todo el plazo de este.

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

Si durante la vigencia del **Consentimiento / Certificado Individual** fallece el **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** Designados, la **Suma Asegurada** pactada y determinada en el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente para esta cobertura. Si el **Asegurado** sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para **La Aseguradora**.

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

Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica.

La indemnización establecida para esta **Cobertura** se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del **Asegurado**, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Consentimiento/Certificado individual** correspondiente.

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

Documentos del Asegurado:

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el **Asegurado** o **Consentimiento / Certificado** del Seguro de Grupo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**.
2. Original o Copia certificada emitida por el del Acta de defunción y/o Copia del certificado Médico de Defunción.
3. Copia certificada del Acta de Nacimiento,
4. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del **Asegurado**: credencial para votar, cédula profesional, pasaporte; (si estuviere en poder del **Beneficiario**).
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la **Suma Asegurada** en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**.

Documentos del (los) Beneficiario(s)

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada, en formato proporcionado por **La Aseguradora**;
2. Copia simple legible por ambos lados de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte);
3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el **Beneficiario**,
4. Original o Copia Certificada ante registro civil del Acta de nacimiento de cada **Beneficiario**, en caso de que los hijos sean los **Beneficiarios**,
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.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a **La Aseguradora** no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **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 la clase de*

informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."

COBERTURA BÁSICA POR GASTO FUNERARIO (GF)

Si durante la vigencia del **Consentimiento / Certificado Individual** fallece el **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** designados, la **Suma Asegurada** pactada y determinada en el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente para esta cobertura. Si el **Asegurado** sobrevive al término del plazo, la cobertura concluirá sin obligación para **La Aseguradora**.

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

Esta cobertura es excluyente a cualquier otra cobertura básica

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del **Asegurado**, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Consentimiento / Certificado individual** correspondiente.

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

Documentos del Asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por **El Asegurado** o **Consentimiento / Certificado individual** del Seguro de Grupo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**,
2. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de defunción y/o Copia del certificado Médico de Defunción,
3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de nacimiento,
4. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado: credencial para votar, cédula profesional, pasaporte, si estuviere en poder del **Beneficiario**.

Documentos del (los) Beneficiario (s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada, en formato proporcionado por **La Aseguradora**;
2. Copia simple legible por ambos lados de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, (copia de la credencial para votar, cédula profesional, pasaporte);

3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el **Beneficiario**,

4. Original o Copia Certificada ante registro civil del Acta de nacimiento de cada **Beneficiario**, en caso de ser los hijos del Asegurado,
5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.
6. Copia del Estado de Cuenta bancario de los Beneficiarios con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a La Aseguradora no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **La Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permiten 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: *"Articulo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario todo clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."*

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA POR FALLECIMIENTO POR RIESGO DE TRABAJO (RT)

Si durante la vigencia del **Consentimiento / Certificado Individual El Asegurado** sufre un accidente de trabajo y a consecuencia de este llegare a fallecer dentro de un periodo de 90 (noventa) días posteriores en que ocurrió el accidente, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** designados la **Suma Asegurada** contratada establecida para esta cobertura.

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

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

La indemnización establecida para esta Cobertura se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del **Asegurado** a consecuencia de un riesgo de trabajo, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de **La Póliza** y del **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente.

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

Documentos del Asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por **El Asegurado** o **Consentimiento / Certificado Individual** del Seguro de Grupo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**,
2. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de defunción y/o Copia del certificado Médico de Defunción,
3. Carpeta de investigación del Ministerio Público completas que contengan cuando menos identificación del cadáver, necropsia, autopsia o dispensa de esta, resultados de los estudios químicos toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones del Ministerio Público (copias certificadas),
4. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de nacimiento,
5. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado: credencial para votar, cédula profesional pasaporte, si estuviere en poder del **Beneficiario**,
6. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular **La Suma Asegurada** en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, 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, en formato proporcionado por La Aseguradora;
2. Copia simple legible por ambos lados de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, (credencial para votar, cedula profesional pasaporte);
3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el **Beneficiario**, o documento oficial que permita comprobar el parentesco.
4. Original o Copia Certificada ante registro civil del Acta de nacimiento original de cada **Beneficiario**,
5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses,
6. Copia del Estado de Cuenta bancario de los **Beneficiarios** con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE.
7. Contrato de Trabajo o constancia laboral, solo si lo tuviera.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a La Aseguradora no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **La Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: "*Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*"

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

Si durante la vigencia del **Contrato de Seguro** o del **Consentimiento / Certificado Individual** el Asegurado sufre de un accidente y a consecuencia de este llegara a fallecer dentro de un periodo de 90 (noventa) días posteriores en que ocurrió el accidente, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** designados la **Suma Asegurada** contratada establecida para esta cobertura será la señalada en la carátula de la **Póliza** y en el **Consentimiento / Certificado individual**.

Se entiende por muerte accidental, el fallecimiento del **Asegurado** ocasionado por lesiones corporales sufridas involuntariamente, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al mismo en que **el Asegurado** sufrió las lesiones. **No se considera accidente, la muerte provocada intencionalmente por el propio Asegurado.**

La Suma Asegurada será adicional e independiente a cualquier otra que ampare al Asegurado.

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

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

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

Adicionalmente a lo establecido para la cobertura básica de Fallecimiento, los Beneficiarios que tengan derecho al citado pago deberán presentar lo siguiente:

1. Copia certificada de la Carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga cuando menos identificación del cadáver, necropsia, autopsia, o dispensa de ésta, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera), declaración de testigos presenciales si los hubo y conclusiones del Ministerio Público, en caso de accidente.

La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los **Beneficiarios** designados, con sujeción a lo estipulado en la citada **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** por una sola vez.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a La Aseguradora no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **La Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra señala: "*Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del*

asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."

La indemnización se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento accidental del **Asegurado**, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAyPO)

Si durante la vigencia del **Contrato** de Seguro o del **Consentimiento / Certificado Individual El Asegurado** sufre un accidente y/o como consecuencia del mismo, llegara fallecer o sufre una o más pérdidas orgánicas dentro de un periodo de 90 (noventa) días posteriores en que ocurrió el accidente, **La Aseguradora** pagará al **Asegurado** o a los **Beneficiarios** designados según sea el caso, la proporción que corresponda de **La Suma Asegurada** contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de indemnizaciones "A" y "B", según la escala contratada.

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

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

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los **Beneficiarios** designados, y al propio **Asegurado** en los demás casos.

La responsabilidad de **La Aseguradora** en ningún caso excederá de la **Suma Asegurada** estipulada en la **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** para esta cobertura aun cuando **El Asegurado** sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas durante la vigencia.

a) En caso de muerte accidental, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los **Beneficiarios** designados, con sujeción a lo estipulado en la citada **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** y por una sola vez.

b) En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una

de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras “A” o “B”, haciéndose constar la elegida en el **Consentimiento / Certificado individual** correspondiente y se pagará directamente al Asegurado.

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

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

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

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

En caso de que se trate de muerte accidental:

i. Copia certificada de la Carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga cuando menos identificación del cadáver, necropsia, autopsia, o dispensa de ésta, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera), declaración de testigos presenciales su los hubo y conclusiones del Ministerio Público, en caso de accidente.

ii. **En el caso de pérdidas orgánicas donde no se genere el fallecimiento del**

Asegurado se deberá entregar

Dictamen Médico en original o copia certificada que contenga información necesaria para determinar las fechas y causas que dieron origen a la pérdida orgánica (donde se indique la pérdida orgánica, motivo y tratamiento proporcionado).

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a **La Aseguradora** no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, La **Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permitan conocer el funcionamiento 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 asegurada tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*"

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

Si durante la vigencia del **Contrato de Seguro** o del **Consentimiento / Certificado Individual** el **Asegurado** sufre un accidente colectivo y a como consecuencia del mismo, llegara fallecer o sufre una o más pérdidas orgánicas dentro de un periodo de 90 (noventa) días posteriores en que ocurrió el accidente, **La Aseguradora** pagará **El Asegurado** o a los **Beneficiario**(s) designados según sea el caso, la proporción que corresponda de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura de acuerdo a la tabla de indemnizaciones "A" o "B", según la escala contratada.

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

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

La indemnización por pérdida de la vida se efectuará a los **Beneficios** designado(s), y al propio **Asegurado** en los demás casos.

La responsabilidad de **La Aseguradora** en ningún caso excederá de **La Suma Asegurada** estipulada en la **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** para esta cobertura aun cuando **El Asegurado** sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas durante la vigencia.

La Aseguradora duplicará la indemnización correspondiente a la **Suma Asegurada** de la **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS (MAyPO)**, **sí y sólo si**, el accidente que provocó el fallecimiento o pérdidas orgánicas del **Asegurado** fue a consecuencia de un **accidente colectivo**.

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

a) Que estuviese dentro de un vehículo público en el cual viaje el **Asegurado** como pasajero, con un boleto pagado y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos, o;

b) Que se estuviese dentro de un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el **Asegurado** como pasajero, **con exclusión de los ascensores en las minas o;**

c) A causa del incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase **El Asegurado** al manifestarse el incendio.

   La indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los **Beneficiarios** designados, con sujeción a lo estipulado en la citada **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** y por una sola vez.

d) En caso de muerte accidental colectiva, se deberá entregar a La **Aseguradora** adicionalmente a lo establecido para la cobertura básica de Fallecimiento, los **Beneficiarios** que tengan derecho al citado pago deberán presentar lo siguiente:

   - Copia certificada de la Carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga cuando menos identificación del cadáver, necropsia, autopsia, o dispensa de ésta, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera), declaración de testigos presenciales su los hubo y conclusiones del Ministerio Público

e) En caso de pérdidas orgánicas donde no se generé el fallecimiento del **Asegurado**, adicionalmente se deberá entregar a **La Aseguradora** la misma documentación que se solicita en la cobertura por pérdidas orgánicas.

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

f) En caso de muerte accidental colectiva, la indemnización establecida en esta cobertura se pagará a los **Beneficiarios** designados, con sujeción a lo estipulado en la citada **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** por una sola vez.

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

g) En caso de pérdidas orgánicas, el monto de la indemnización que se otorgará estará dado por las escalas que se presentan en la siguiente tabla, de las cuales, solo una de ellas podrá ser contratada, identificándose éstas con las letras "A" o "B", haciéndose constar la elegida en el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente.

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

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

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

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

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

Si se produce la Invalidez Total y Permanente del **Asegurado** a causa de un accidente o enfermedad ocurrido 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 **Consentimiento / Certificado Individual** del **Asegurado**. Esta cobertura tiene un periodo de espera el cual se encuentra estipulado en la **Carátula de la Póliza** y/o **Consentimiento/Certificado Individual** correspondiente, este periodo de espera no opera en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea a consecuencia de un Accidente.

El periodo de espera de esta cobertura es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la **Póliza** o cobertura por cada **Asegurado** para efectos de que entre en vigor esta cobertura.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanentemente, como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier actividad propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, aptitudes y compatible con su posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad sea de carácter permanente 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. De tal manera que la remuneración económica percibida por su trabajo se disminuya en 50% respecto al de su trabajo habitual durante el último año de trabajo y que dicha imposibilidad derive de una enfermedad o accidente.

Además, se considerarán también como Invalidez Total y Permanente:

- La pérdida completa y definitiva de la función de la vista de ambos ojos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
- La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.

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

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

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

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a

La Aseguradora la documentación necesaria a través de la cual se acredite la Invalidez Total y Permanente del **Asegurado**, así como que ésta ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente, con el pago de esta cobertura, terminarán las obligaciones a cargo de La **Aseguradora** y se dará de baja el **Consentimiento / Certificado Individual**.

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

Documentos del Asegurado:

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada en formato proporcionado por La Aseguradora;
2. **Consentimiento / Certificado Individual** debidamente requisitado y firmado por el **Asegurado**, si lo tuviese.

   Dictamen médico de Invalidez Total y Permanente, y/o Constancia del dictamen de Invalidez Total y/o Permanente legible, expedida por el médico autorizado con especialidad en medicina del trabajo con cédula profesional o Institución de seguridad social a la cual se encuentre afiliado el asegurado, (ISSSTE, PEMEX); en caso de que el Asegurado NO sea derechohabiente de ninguna Institución del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato proporcionado por La Aseguradora, anexando los documentos (resultados de laboratorio, gabinete, etc.) probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico correspondiente.

   El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

   a. Fecha de inicio del padecimiento o lesión que incluya su descripción clínica; 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 especialista en la materia, el 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.

3. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma de Asegurado: credencial para votar, cédula profesional, pasaporte.
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

regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo.
5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses,
6. Copia del Estado de Cuenta bancario de los **Beneficiarios** con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE.

La indemnización establecida en esta cobertura con sujeción a lo estipulado en la citada **Póliza** y **Consentimiento / Certificado individual** se pagará por una sola vez.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a **La Aseguradora** no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **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: "*Articulo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*"

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

Si se produce la Invalidez Total y Permanentemente del **Asegurado** a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, **La Aseguradora** conviene en eximir al **Asegurado** de forma vitalicia del pago de las primas por la cobertura por fallecimiento a partir de la fecha en que se dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, esta cobertura aparecerá en el **Consentimiento / Certificado Individual** del **Asegurado**.

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

Además, se considerarán también como Invalidez Total y Permanente:

- La pérdida completa y definitiva de la función de la vista de ambos ojos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambas manos.
- La amputación o anquilosis total y permanente de ambos pies.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y un pie.
- La amputación o anquilosis total y permanente de una mano y la vista de un ojo.
- La amputación o anquilosis total y permanente de un pie y la vista de un ojo.

Cuando la enfermedad o accidente que provoque el estado de Invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, **solo**

podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

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

Para esta cobertura serán aplicables las **Exclusiones** que se indican en la sección de **Exclusiones Generales** correspondientes a las coberturas por Invalidez Total y Permanente.

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

Documentos del Asegurado:

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida Grupo debidamente requisitada y firmada en formato proporcionado por **La Aseguradora**;
2. **Consentimiento / Certificado Individual** debidamente requisitado y firmado por el **Asegurado**, si lo tuviera.
3. Dictamen médico de Invalidez Total y Permanente y/o Constancia del dictamen de Invalidez Total y/o Permanente legible, expedida por el médico autorizado con especialidad en medicina del trabajo con cédula profesional o Institución de seguridad social, a la cual se encuentre afiliado el asegurado, (ISSSTE, PEMEX); en caso de que el **Asegurado** NO sea derechohabiente de ninguna Institución del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato proporcionado por **La Aseguradora**, anexando los documentos (resultados de laboratorio, gabinete, etc.) probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico correspondiente.

El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

   a. Fecha de inicio del padecimiento o lesión y 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 especialista en la materia, el 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.

4. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del **Asegurado** (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte).

5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular **Suma Asegurada** en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salarios o sueldo.
6. Comprobante de domicilio con 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.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a **La Aseguradora** no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro**, 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 sobe el Contrato que a la letra señala: *"Articulo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hecho relacionados con el siniestro y por los cuales pueden determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.*"

COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DE APOYO PARA GASTO FUNERARIO DEL ASEGURADO (UGFA)

Si durante la vigencia de esta cobertura se produce el fallecimiento del **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará por concepto de gastos funerarios a los **Beneficiarios** designados, por una sola vez y con independencia de las coberturas adicionales contratadas, la **Suma Asegurada** pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el **Consentimiento / Certificado Individual** de cada **Asegurado** y en ningún caso será superior a 60 UMAs mensuales.

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

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

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

La indemnización establecida para esta cobertura se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del **Asegurado**, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente.

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

Documentos del Asegurado

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por **El Asegurado** o **Consentimiento / Certificado individual** del Seguro de Grupo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**,
2. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de defunción y/o Copia del certificado Médico de Defunción,
3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de nacimiento,
4. Copia simple legible por ambos lados de una identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado: credencial para votar, cédula profesional, pasaporte, si estuviere en poder del **Beneficiario**;
5. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la **Suma Asegurada** en caso de que ésta se encuentre en función regla para su cálculo; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**,

Documentos del (los) Beneficiario (s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada, en formato proporcionado por **La Aseguradora**;
2. Copia simple legible por ambos lados de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, (copia de la credencial para votar, cédula profesional, pasaporte);
3. Original o Copia certificada ante registro civil del Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el **Beneficiario**,
4. Original o Copia Certificada ante registro civil del Acta de nacimiento de cada **Beneficiario**, en caso de ser los hijos del Asegurado,
5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.
6. Copia del Estado de Cuenta bancario de los Beneficiarios con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a La Aseguradora no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **La Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar documentos e información adicionales que le permiten 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: *"Articulo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del*

Asegurado o beneficiario todo 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."

EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN

Las edades de aceptación y de cancelación, son las siguientes:

COBERTURA	EDAD MINIMA	EDAD MÁXIMA	EDAD DE CANCELACION
Fallecimiento	18	69	100
Gastos Funerarios	18	69	100
Fallecimiento por Riesgo de Trabajo	18	69	100
Muerte Accidental	18	69	70
Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	18	69	70
Muerte Accidental Colectiva y/o por Pérdidas Orgánicas	18	69	70
Invalidez Total y Permanente	18	64	65
Extención de pago de Primas en caso de Invalidez Total y Permanente	18	64	65
Apoyo de Gasto Funerario del Asegurado	18	69	70

La cancelación del Consentimiento / Certificado Individual procederá en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que el Asegurado haya cumplido la edad de cancelación referida en cada cobertura.

IV. EXCLUSIONES GENERALES.

EXCLUSIONES PARA COBERTURA BÁSICA

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

a) **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 de este.**

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

EXCLUSIONES PARA COBERTURAS ADICIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

a) **Infecciones, enfermedades y/o padecimientos cuyo origen no sea de naturaleza accidental,**
b) **Lesiones sufridas en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión,**

c) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado,**

d) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador,**

e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros. Esta exclusión no operará y por lo tanto, si procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y honorarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaria de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.),**

f) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo,**

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) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,**

i) **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental,**

j) **Padecimientos mentales o corporales,**

k) **Radiaciones ionizantes,**

l) **Lesiones por infección, envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas que no haya ocurrido en forma accidental**

m) **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.**

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

n) **Suicidio o cualquier interno de este, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental,**

o) **Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Exclusiones para Coberturas adicionales por causa de Invalidez

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se origine como consecuencia de:

a) **Lesiones sufridas en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión,**

b) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado,**

c) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador,**

d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular, en todo tipo de vuelos tales como aerotaxis, o uso de aviones privados, charters, aviones de recreo y planeadores, entre otros.**

Esta exclusión no operará y por lo tanto, si procederá el pago de la indemnización estipulada, en el caso de que el Asegurado viaje como pasajero, con boleto pagado, en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (S.C.T.)

e) **Accidente que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo,**

f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,**

g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, caza, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación o rapel, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,**

h) Padecimientos, Enfermedades y/o Condiciones preexistentes

i) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA),

j) Radiaciones atómicas o ionizantes

k) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, enervantes, drogas, psicotrópicos, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión,

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

l) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o padecimientos, provocados intencionalmente por el Asegurado aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado

V. Transcripción de Preceptos Legales

Los siguientes Artículos son pertenecientes a la LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, mismo que son aplicables para efectos de estas Condiciones Generales:

1. LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

"ARTÍCULO 102.

En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización. Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto

de las operaciones previstas en el mismo."

***"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 establezca n 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 2 5 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 1 ,000 a 15,000 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 277.

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo."

"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."

2. LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

***"ARTÍCULO 47**. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa Aseguradora*

para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."

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

***"ARTÍCULO 53**. Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:*

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

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

***"ARTÍCULO 55**. Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones."*

***"ARTÍCULO 56**. Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado."*

***"ARTÍCULO 60**. En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas."*

***"ARTÍCULO 66**. Tan pronto como el asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.*

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

***"ARTÍCULO 69**. La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."*

***"ARTÍCULO 70**. Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual*

propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

***"ARTÍCULO 71**. El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

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

***"ARTÍCULO 81**. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:*

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;

II. En dos años, en los demás casos.

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

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

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

***"ARTÍCULO 84**. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley."*

***"ARTÍCULO 165**. La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se trasmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se trasmitirá 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 trasmisión.*

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 ser á el único medio de prueba admisible."*

3. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional."

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

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 estas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.*

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

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

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

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

VIII. *En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;*

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.
Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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

4. Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

***"ARTÍCULO 16.-** La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:*

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
- *a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;*
- *b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;*
- *c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;*
- *d) Nombre del Contratante;*
- *e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;*
- *f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;*
- *g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;*
- *h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;*
- *i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y*
- *j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.*

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente."

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

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

***"ARTÍCULO 18.**- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."*

***"ARTÍCULO 19.-** En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:*

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad 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 o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se

encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. *En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características."*

***"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."*

5. Código Penal Federal vigente,

***"ARTÍCULO 139.-** Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:*

I. *A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.*

II. *Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.*

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando, además:

I. *El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;*
II. *Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o*
III. *En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona."*

*"**ARTÍCULO 139 Quáter.-** Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:*

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1. *Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;*
2. *Sabotaje, previsto en el artículo 140;*
3. *Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;*
4. *Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y*
5. *Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.*

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13."

*"**ARTICULO 148 Bis.-** Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:*

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes, personas o servicios, de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para presionar a la autoridad de ese Estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;

II. Al que cometa el delito de homicidio o algún acto contra la libertad de una persona internacionalmente protegida;

III. Al que realice, en territorio mexicano, cualquier acto violento en contra de locales oficiales, residencias particulares o medios de transporte de una persona internacionalmente protegida, que atente en contra de su vida o su libertad, o

IV. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en el extranjero.

Para efectos de este artículo se entenderá como persona internacionalmente protegida a un jefe de Estado incluso cada uno de los miembros de un órgano colegiado cuando, de conformidad con la constitución respectiva, cumpla las funciones de jefe de Estado, un jefe de gobierno o un ministro de relaciones exteriores, así como los miembros de su familia que lo acompañen y, además, a cualquier representante, funcionario o

personalidad oficial de un Estado o cualquier funcionario, personalidad oficial u otro agente de una organización intergubernamental que, en el momento y en el lugar en que se cometa un delito contra él, los miembros de su familia que habiten con él, sus locales oficiales, su residencia particular o sus medios de transporte, tenga derecho a una protección especial conforme al derecho internacional. "

***"ARTÍCULO 400 Bis.-** Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:*

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos."

VI. Datos de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios y CONDUSEF

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono (55) 4161 9550 o en nuestro portal www.spsegurospatrimonial.mx en caso de inconformidad, usted podrá contactar a la Unidad Especializada de Seguros Patrimonial Vida, S.A. de C.V. en el teléfono (55) 4161 9550 o en el correo electrónico une@spsegurospatrimonial.mx o en la dirección Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México. Horarios de atención: lunes a jueves de 9:00 a.m. a 14:00 hrs. y de 15:30 hrs. – 18:00 hrs., viernes de 9:00 a.m. a 16:00 hrs.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55 5340-0999, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx.

"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 28 de mayo de 2026, bajo el registro número CNSF-S0069-0227-2026/CONDUSEF-007259-02".