

Negocios

Condiciones generales **Planprotege Vida**



Planprotege Vida

reinventando / los seguros



Índice

Página

I. Definiciones	7
1. Asegurado o Integrante	7
2. Beneficiario	7
3. Categoría o Subgrupo	7
4. Certificado Individual	7
5. Compañía	7
6. Consentimiento	7
7. Contratante	7
8. Empresa PyME	8
9. Enfermedad o Accidente Preexistente	8
10. Endoso	8
11. Grupo Empresarial	8
12. Grupo Asegurado	8
13. Periodo de Espera	8
14. Contrato de Seguro	8
15. Prima de Seguro	8
16. Póliza	8
17. Relación de Integrantes	9
18. Siniestro	9
19. Suma Asegurada	9
20. Suma Asegurada Máxima	9
II. Objeto del seguro	9
III. Leyes aplicables	9
IV. Descripción del seguro	9
1. Características del Grupo Asegurado	9
2. Descripción de la cobertura por Fallecimiento	10
a) Edades de Aceptación	10
b) Edad de Renovación	10
V. Beneficio incluido	10
1. Anticipo por Fallecimiento	10
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	11
a) Infarto al Miocardio	11
b) Enfermedad Coronaria Obstructiva	12
c) Accidente Vascular Cerebral	12

	Página
d) Cáncer	13
e) Insuficiencia Renal	13
VI. Coberturas adicionales	15
1. Coberturas por Accidente	15
a) Definiciones	15
a.1) Accidente	15
a.2) Anquilosis	15
a.3) Pérdida Orgánica	15
b) Indemnización por Muerte Accidental (DI)	15
b.1) Indemnización Máxima	15
b.2) Edades de Aceptación	15
b.3) Edad de Renovación	16
b.4) Exclusiones	16
c) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)	17
c.1) Descripción de la cobertura	17
c.2) Indemnización Máxima	17
c.3) Edades de Aceptación	17
c.4) Edad de Renovación	18
c.5) Exclusiones	18
2. Coberturas por Invalidez Total y Permanente	18
a) Definición de Invalidez Total y Permanente	19
b) Descripción de coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	20
b.1) Invalidez Total y Permanente (BITP)	20
b.1.1) Edades de Aceptación	20
b.1.2) Edad de Renovación	20
b.1.3) Exclusiones	20
b.2) Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)	21
b.2.1) Edades de Aceptación	21
b.2.2) Edad de Renovación	21
b.2.3) Exclusiones	21
VII. Dividendos	22
1. Definiciones	22
a) Dividendo	22
b) Experiencia Global	22
c) Mortalidad Favorable	22

	Página
2. Opción de Contratación	22
a) Con Dividendos	22
b) Sin Dividendos	22
3. Cálculo de Dividendos por Experiencia Global	23
4. Periodo de Pago	23
VIII. Procedimientos	23
1. Certificados Individuales	23
2. Relación de Integrantes o Asegurados	23
3. Regla para Determinar la Suma Asegurada	24
4. Sistemas de Administración del Contrato de Seguro	24
a) Sistema Autoadministrado	24
a.1) Movimientos durante la vigencia del contrato	24
a.2) Ajuste de Primas de Seguro	26
a.3) Cambio de Beneficiarios	26
b) Sistema Tradicional	26
b.1) Movimientos durante la vigencia del contrato	27
b.2) Ajuste de Primas de Seguro	27
c) Sistema de Administración de Documentos	27
c.1) Movimientos durante la vigencia del Contrato de Seguro	28
c.1.1) Ingreso en el Grupo Asegurado	28
c.1.2) Bajas en el Grupo Asegurado	29
c.2) Ajuste de Primas de Seguro	29
c.3) Cambio de Beneficiarios	29
5. Modificaciones	29
a) Cambio de Contratante	29
b) Cambio de Forma de Pago de las Primas	30
c) Cambio de Beneficiarios	30
6. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado	30
7. Reconocimiento de Antigüedad	30
8. Renovación	31
IX. Cláusulas generales	31
1. Vigencia	31
2. Designación de Beneficiarios	31
3. Pago de la Prima	32
4. Moneda	32
5. Corrección del Contrato de Seguro	32
6. Indisputabilidad	33

	Página
7. Omisiones o Inexactas Declaraciones	33
8. Notificaciones	33
9. Cambio de Ocupación	33
10. Rehabilitación	34
11. Suicidio	34
12. Comprobación del Siniestro	34
13. Verificación de Edad	34
14. Pago del Seguro	35
15. Intereses Moratorios	35
16. Impuestos	36
17. Prescripción	36
18. Competencia	36
19. Terminación Anticipada del Contrato de Seguro	36
20. Revelación de Comisiones	37
21. Prelación	37
X. Servicios de Asistencia	37
1. Servicios de Consultoría y Asesoría Legal para el Contratante	38
a) Laboral	38
b) Administrativo	38
c) Mercantil	39
d) Fiscal	39
e) Corporativo	39
f) Penal	39
g) Exclusiones	40
2. Servicios de Asistencia Médica y Descuentos	40
a) Definiciones	40
b) Asistencia Médica: Tú médico 24 horas®	41
c) Descuentos y Precios Preferenciales	42
d) Obligaciones del Beneficiario	43
e) Normas generales	43
f) Exclusiones	43
3. Servicios de Asistencia Funeraria	44
XI. Artículos citados	46
XII. Registro	51

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Planprotege Vida
Seguro de Grupo Experiencia Global
Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá por:

1. Asegurado o Integrante

Persona que forma parte del Grupo Asegurado descrita en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos.

2. Beneficiario

Persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Integrante o Asegurado en términos del Contrato de Seguro.

3. Categoría o Subgrupo

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

4. Certificado Individual

Documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Integrante o Asegurado y de la Compañía respecto del seguro contratado.

5. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V.

6. Consentimiento

Documento mediante el cual el Integrante o Asegurado acepta su inclusión como Integrante o Asegurado del Contrato de Seguro y además designa a sus Beneficiarios.

7. Contratante

Persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas y que, además, se obliga al pago de la Prima del Seguro, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se establecen.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Integrante o Asegurado de este contrato. En caso de que el Contratante sea Integrante o Asegurado, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Integrantes de la Póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura por Fallecimiento ni coberturas adicionales.

Se puede cambiar el Contratante durante la vigencia del Contrato de Seguro; en caso de ser persona física, el Contratante podrá solicitar la continuidad de las coberturas del Contrato de Seguro a su favor, para ello deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

8. Empresa PyME

Todas las micro, pequeñas y medianas empresas del sector privado. De acuerdo a la ley aplicable, las empresas se clasifican por el número de trabajadores que laboran en ella. De conformidad con la legislación aplicable, la Compañía considerará las empresas que tengan entre 3 y 250 empleados.

9. Enfermedad o Accidente Preexistente

Lesión o enfermedad cuyo origen por sus síntomas y/o signos tuvo lugar con anterioridad a la fecha de alta al Grupo Asegurado que:

- a) Haya sido diagnosticada por un médico.
- b) Provoque un gasto.
- c) Para efectos de este Contrato de Seguro sea conocida y no declarada por el Integrante o Asegurado y por cualquier medio de prueba.

10. Endoso

Documento que por acuerdo entre el Contratante y la Compañía modifica las condiciones generales o particulares del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Lo señalado por éstos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales aplicables en todo aquello que se contraponga.

11. Grupo Empresarial

Es el conjunto de personas morales organizadas bajo esquemas de participación directa o indirecta del capital social, en las que una misma sociedad mantiene el control de dichas personas morales. Asimismo, se considerarán como Grupo Empresarial a los grupos financieros constituidos conforme a la Ley para Regular las Agrupaciones Financieras.

12. Grupo Asegurado

Conjunto de personas que laboren o formen parte de una empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

13. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación del Contrato de Seguro o de la contratación de la cobertura o la inclusión del Integrante o Asegurado al Contrato de Seguro, o del diagnóstico de la enfermedad o del dictamen médico emitido a un Integrante o Asegurado y hasta el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de este Contrato de Seguro, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

14. Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades celebrado entre la Compañía y el Contratante, el cual se constituye por la solicitud de seguro, los Consentimientos, carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados Individuales, condiciones generales, endosos y en su caso, solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

15. Prima de Seguro

Es el costo anual del seguro a cargo del Contratante.

Cantidad que por concepto de contraprestación se obliga a pagar el Contratante por el beneficio ofrecido en este contrato de seguro.

16. Póliza

Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

17. Relación de Integrantes

Registro de Asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

18. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro.

19. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual el(los) Integrante(s) o Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia del Contrato de Seguro. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado Individual, Relación de Integrantes o en los Endosos correspondientes.

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 Integrantes o Asegurado, o cuando esté determinada con relación a la antigüedad de la empresa.

20. Suma Asegurada Máxima

Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima, la Compañía podrá requerir de exámenes médicos y cualquier otro requisito que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

II. Objeto del seguro

La Compañía, en contraprestación del pago de la Prima de Seguro correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la Relación de Integrantes 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, las indemnizaciones correspondientes a las Sumas Aseguradas al ocurrir el siniestro bajo las coberturas y beneficios establecidos en este Contrato de Seguro que se describen más adelante, con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

III. Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, 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, el Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

IV. Descripción del seguro

1. Características del Grupo Asegurado

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza y Certificado Individual a los miembros del Grupo Asegurado que tengan relación laboral con el Contratante y cuyo objeto es garantizar prestaciones u obligaciones con los Integrantes o Asegurados.

Para ser Integrante o Asegurado del Grupo Asegurado deben reunirse los siguientes requisitos:

- Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía; y
- Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza; y
- Que se encuentren en servicio activo para el Contratante; y
- Que no se haya emitido por parte de alguna institución de salud autorizada dictamen de invalidez temporal o parcial total y permanente.

2. Descripción de la cobertura por Fallecimiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los Integrantes o Asegurados, la Compañía pagará a sus Beneficiarios señalados en la última designación de Beneficiarios registrada ante la Compañía, la Suma Asegurada contratada con base en los términos establecidos por el Contratante y la Compañía, conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado Individual.

A la falta de designación de Beneficiarios por parte del Integrante o Asegurado la Compañía pagará la Suma Asegurada a la sucesión del Integrante o Asegurado de conformidad a lo establecido en el artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

De conformidad con la legislación en materia de seguros, la Compañía está imposibilitada para pagar la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios de los derechos laborales del Integrante o Asegurado.

a) Edades de Aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y la que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de éste deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

b) Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado será hasta los 99 (noventa y nueve) años.

V. Beneficio incluido

Este beneficio se cubre sin costo adicional.

1. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Integrante, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un máximo de \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N), de la Suma Asegurada de la cobertura por Fallecimiento. La Compañía deducirá el anticipo sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario.

Este Anticipo por Fallecimiento será procedente, siempre y cuando el Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados y del Consentimiento en donde conste su designación como Beneficiario.

Este Anticipo por Fallecimiento estará sujeto a lo estipulado en las cláusulas de Indisputabilidad y Suicidio de estas condiciones generales.

El pago del Anticipo por Fallecimiento no implica la aceptación o procedencia del pago del remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por fallecimiento.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Integrante, es decir, la Compañía deducirá hasta \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N) sobre el total de la Suma Asegurada vigente a que tiene derecho el Beneficiario, y el remanente le será cubierto al Beneficiario una vez que éste presente su reclamación formal a la Compañía y siempre y cuando no se actualice alguna de las exclusiones de pago previstas en este contrato.

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que éste tenga sobre la cobertura no sea menor al importe del anticipo que la Compañía conviene en dar bajo la presente cláusula. En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, éste se otorgará en la misma proporción de acuerdo a la designación efectuada por el Asegurado o Integrante.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada contratada de la cobertura por Fallecimiento, en caso de que al Integrante o Asegurado se le diagnostique alguna de las Enfermedades Terminales que se mencionan más adelante, siempre y cuando se cumplan con todas y cada una de las características que a continuación se detallan:

- a) Infarto al Miocardio
- b) Enfermedad Coronaria Obstructiva
- c) Accidente Vascular Cerebral
- d) Cáncer
- e) Insuficiencia renal
- f) Además de las Enfermedades Terminales anteriores, se considerará cualquier enfermedad diagnosticada al Integrante o Asegurado en fase terminal.

Para acceder a este beneficio es indispensable:

- (i) Que se haya originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y como consecuencia, se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses; y
- (ii) Que el Integrante o Asegurado presente el dictamen por escrito de un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión, o por la Institución de Salud a la que haya acudido el asegurado.

Adicional al dictamen presentado, y en caso de considerarlo necesario, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer los fundamentos de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En este caso, el Integrante o Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Enfermedad Terminal por su médico tratante, mismos que la Compañía evaluará por conducto de un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión, para determinar la procedencia o no de pago.

En caso de determinar la improcedencia del pago del beneficio de Anticipo por Enfermedades Terminales, el Integrante o Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico que elegirá el mismo Integrante o Asegurado de entre los previamente sugeridos por la Compañía para estos efectos. Dicho médico deberá contar con cédula profesional y estar legalmente autorizado para ejercer su profesión, así como contar con especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí establecidos, así como los costos del peritaje; en caso contrario, el costo del peritaje correrá a cargo del Integrante o Asegurado.

a) Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque; y
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto; y
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

1. El Infarto al Miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad; y
2. El infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; y
3. Se demuestre a la Compañía el estado de Enfermedad Terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias, incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque; y
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardíaco); y
3. Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días naturales fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad; y
2. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c) Accidente Vascular Cerebral

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro, causando déficit neurológico, que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

1. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

d) **Cáncer**

Para efectos de este beneficio, se entenderá como Cáncer la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, con la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada, leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) **Insuficiencia Renal**

La etapa final de la Insuficiencia Renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

En cualquier caso la Compañía se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con la Enfermedad Terminal.

Este anticipo cubre al Integrante o Asegurado por sólo una de las enfermedades aquí listadas y por una sola ocasión.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales indistintamente estará sujeto a todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando el Contrato de Seguro y Certificado Individual en vigor; y

- b) Que en caso de que el Integrante o Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, éstos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Integrante o Asegurado haga uso de este beneficio; y
- c) Para las empresas que cuenten con el registro de sus empleados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que haya transcurrido al menos un Periodo de Espera de 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o del Certificado Individual y la fecha en que un médico especialista en la materia legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad diagnostique al Integrante o Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados; y
- d) Para las empresas que no cuenten con el registro de sus empleados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, que haya transcurrido un Periodo de Espera de al menos 12 (doce) meses contados a partir del inicio de vigencia del Contrato de Seguro o del Certificado Individual y la fecha en que un médico especialista en la materia legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad diagnostique al Integrante o Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados; y
- e) Que al Integrante o Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la determinación del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales no implica la aceptación y procedencia del pago del remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por Fallecimiento.

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada contratada de la cobertura por Fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales originadas por:

- a) **El intento de suicidio o lesión dolosa o intencional.**
- b) **La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) **Una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años, sujeto a lo establecido en la cláusula de Rehabilitación.**
- d) **Diagnóstico de una condición de Enfermedad Terminal preexistente.**

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa del diagnóstico de una condición de Enfermedad Terminal preexistente, el reclamante podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del reclamante y la Compañía. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

VI. Coberturas adicionales

Al ser adicionales a la cobertura por Fallecimiento, las siguientes coberturas aplicarán únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán establecidas en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado Individual o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

1. Coberturas por Accidente

En caso de que algún o algunos de los Integrantes o Asegurados sufra un Accidente, de haberse contratado alguna de las coberturas adicionales por Accidente que más adelante se describen, la Compañía pagará la indemnización que corresponda y que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, el Certificado Individual respectivo o en los endosos correspondientes.

a) Definiciones

a.1) Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Integrante o Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Integrante o Asegurado.

a.2) Anquilosis

Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

a.3) Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

- a. La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella;
- b. La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él;
- c. La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de dos falanges de la misma mano, cuando menos;
- d. En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

b) Indemnización por Muerte Accidental (DI)

En caso de que algún o algunos de los Integrantes o Asegurados muera a causa de un Accidente durante la vigencia del Contrato del Seguro, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado Individual o en los endosos correspondientes.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Integrante o Asegurado haya ocurrido por Accidente, dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios de esta cobertura serán los específicamente designados por el Integrante o Asegurado en el Consentimiento; o en su defecto, a la sucesión del Integrante o Asegurado.

b.1) Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

b.2) Edades de Aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y la que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de éste deberán otorgar su Consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo. Lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

b.3) Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado es hasta los 69 años, o la expresada en el Endoso correspondiente.

b.4) Exclusiones

La cobertura adicional por Muerte Accidental no cubre:

b.4.1) Muerte accidental originada por la participación directa del Integrante o Asegurado en:

- Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
- Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante o Asegurado.
- Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- En aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

b.4.2) Por los siguientes eventos:

- Enfermedad física o mental.
- Suicidio o cualquier intento de suicidio.
- Mutilación voluntaria, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
- Fallecimiento producido que por culpa grave provoque el Integrante o Asegurado, aun estando el Integrante o Asegurado bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
- Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
- Fallecimiento que acontezca después de 90 (noventa) días naturales de ocurrido el Accidente.

c) Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)

c.1) Descripción de la cobertura

En caso de que el Integrante o Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía pagará por este concepto, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y de acuerdo a la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Cualquier indemnización pagada por la Compañía reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Integrante o Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando a la Compañía de toda responsabilidad posterior.

La indemnización correspondiente se efectuará al propio Integrante o Asegurado. En caso de que el Integrante o Asegurado fallezca sin haber recibido el pago de esta cobertura, el importe de la Suma Asegurada contratada para ésta se pagará a su sucesión.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura, la Compañía tendrá el derecho a practicar a su costa un examen médico al Integrante o Asegurado.

La indemnización para esta cobertura se pagará siempre y cuando:

- El Contrato de Seguro no se encuentre cancelado por falta de pago al momento del Siniestro.
- La Pérdida Orgánica ocurra dentro de las edades comprendidas para estas coberturas.
- La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

c.2) Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Integrante o Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

c.3) Edades de Aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de éste deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c.4) Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado será hasta los 69 o la expresada en el Endoso correspondiente.

c.5) Exclusiones

La cobertura adicional Pérdidas Orgánicas por Accidente no ampara:

c.5.1. Accidentes originados por la participación directa del Integrante o Asegurado en:

- Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
- Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante o Asegurado.
- Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- En aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

c.5.2. Por los siguientes eventos:

- Enfermedad física o mental.
- Suicidio o cualquier intento de suicidio.
- Mutilación voluntaria, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
- Lesiones producidas que por culpa grave provoque el Integrante o Asegurado, aun estando bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.
- Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza o inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.
- Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días naturales de ocurrido el Accidente.

c.5.3. Lesiones que se provoque el Integrante o Asegurado, aun cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

2. Coberturas por Invalidez Total y Permanente

En caso de que algún o algunos de los Integrantes o Asegurados sufra una Invalidez Total y Permanente, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional, la Compañía pagará la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado Individual o en los Endosos correspondientes, al propio Integrante o Asegurado.

a) Definición de Invalidez Total y Permanente

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

Cuando el Integrante o Asegurado a consecuencia de una enfermedad o Accidente sufre:

1. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Integrante o Asegurado para desempeñar cualquier trabajo remunerado o no por el resto de su vida.
2. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente de un Integrante o Asegurado inscrito en una Institución de Seguridad Social, el Contratante o Integrante o Asegurado deberá presentar a la Compañía el dictamen que emita dicha institución de acuerdo a Ley de Seguridad Social que aplique.

El Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente de un Integrante o Asegurado que no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, comprenderá un plazo de 3 (tres) meses ininterrumpidos, los cuales comenzarán a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente dentro de la vigencia del Contrato de Seguro o de la cobertura. No aplicará Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente para los supuestos establecidos en el subinciso 2.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez dentro del Periodo de Espera que hace mención el párrafo anterior, no procederá el pago de la cobertura por Invalidez Total y Permanente que hubiera sido contratada.

Adicional al dictamen presentado, el Integrante o Asegurado deberá presentar a la Compañía las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Integrante o Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional y especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, o que elija el Integrante o Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí establecidos.

La indemnización correspondiente se efectuará al propio Integrante o Asegurado. En caso de que el Integrante o Asegurado fallezca sin haber recibido el pago de esta cobertura, el importe de la Suma Asegurada contratada para ésta se pagará a su sucesión.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación de esta cobertura, el reclamante podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del reclamante y la Compañía. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

b) Descripción de coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

b.1) Invalidez Total y Permanente (BITP)

Si durante la vigencia del Certificado Individual, algún Integrante o Asegurado sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago, con el Periodo de Espera aplicable para el número 1, del inciso a) Definición de Invalidez Total y Permanente.

b.1.1) Edades de Aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la carátula de Póliza como Edad Máxima de Aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de éste deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario el contrato a su favor será nulo, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

b.1.2) Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado será hasta los 65 o la expresada en el Endoso correspondiente.

b.1.3) Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

- 1. Que se origine por la participación directa del Integrante o Asegurado en:**
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.
 - Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante o Asegurado.
 - Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
 - En aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
 - Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.
- 2. Por los siguientes eventos:**
 - Cualquier intento de suicidio.
 - Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.
 - Lesiones producidas que por culpa grave provoque el Integrante o Asegurado bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.

- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.**
- 3. Por lesiones que se provoque el Integrante o Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.**
 - 4. Por dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Invalidez Total y Permanente, con anterioridad a la celebración del presente contrato.**

b.2) Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

Si durante la vigencia del Certificado individual, algún Integrante se invalida total y permanentemente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura, mediante el otorgamiento de una Póliza de seguro individual con cobertura por Fallecimiento donde hace constar que lo asegura durante toda la vida sin más pago de Primas, mientras dure el estado de invalidez, por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse.

Una vez otorgado el beneficio de esta cobertura y cuando lo estime conveniente, aunque no más de una vez al año, la Compañía puede exigir al Integrante la comprobación de la continuidad del estado de Invalidez Total y Permanente.

b.2.1) Edades de aceptación

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y lo que se expresa en la carátula de Póliza como edad máxima de aceptación.

El menor de edad y los padres o tutores de éste deberán otorgar su consentimiento personal al seguro, en caso contrario, el contrato a su favor será nulo, de conformidad con lo establecido por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

b.2.2) Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante o Asegurado será hasta los 65 o la expresada en el Endoso correspondiente.

b.2.3) Exclusiones

No se cubrirá el Seguro Saldado por Invalidez Total:

1. Que se origine por la participación directa del Integrante en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Integrante.**
- **Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Eventos o actividades de práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña,**

cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.

2. Por los siguientes eventos:

- **Cualquier intento de suicidio.**
- **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**
- **Lesiones producidas por culpa, impericia o negligencias graves del Integrante como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.**

3. Por lesiones que se provoque el Integrante cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. Por dictamen emitido por un médico con cédula profesional y especialista en la materia, que establezca el estado de Invalidez Total y Permanente, con anterioridad a la celebración del presente contrato.

VII. Dividendos

1. Definiciones

a) Dividendo

Es el monto que corresponde al Contratante al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro por buena siniestralidad en la Experiencia Global de la Compañía, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

b) Experiencia Global

Cuando la Prima de Seguro del Grupo Asegurado no esté determinada con base en su experiencia y sí con base en la siniestralidad de la cartera de la Compañía con las mismas características de riesgo que existan.

c) Mortalidad Favorable

Supuesto en que la diferencia de la Prima de Seguro neta de riesgo menos la siniestralidad ocurrida es mayor a cero.

2. Opción de Contratación

Los Dividendos que en su caso se otorguen, deberán estar convenidos expresamente en la carátula de la Póliza al momento de su contratación.

a) Con Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante tendrá derecho a recibir la utilidad por concepto de Mortalidad Favorable. En este caso, el pago de la participación que corresponda al Contratante no estará condicionado a la renovación del Contrato de Seguro.

b) Sin Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante no participará de la utilidad por concepto de Mortalidad Favorable.

3. Cálculo de Dividendos por Experiencia Global

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las Primas de Seguro netas de riesgo devengadas, los Sinistros reportados y registrados al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y la experiencia total de la cartera con las mismas características que existan en la Compañía.

4. Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, no podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia del Contrato de Seguro. Si la vigencia de este contrato es menor a 1(un) año, no se podrán otorgar Dividendos.

Los Dividendos no son garantizados; al ser pagados al final de la vigencia, los Dividendos serán los que resulten de aplicar el método de cálculo que se establece en el inciso anterior Cálculo de Dividendos por Experiencia Global.

En caso de cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago de Prima de Seguro, no se entregará Dividendo alguno.

El pago de Dividendos no estará condicionado a la renovación del Contrato de Seguro. Los Dividendos se calcularán una vez efectuado el ajuste de Primas de Seguro; dicho ajuste deberá considerar los movimientos realizados en el contrato durante la vigencia del Contrato de Seguro. Los Dividendos se pagarán una vez cubierta la totalidad de la Prima de Seguro anual.

VIII. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía entregará al Contratante los Certificados Individuales para que éste se los entregue a los Integrantes o Asegurados del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado Individual.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Integrante o Asegurado.
- f) Fecha de vigencia del Contrato de Seguro y del Certificado Individual.
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura.
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Integrantes o Asegurados

La Compañía, al recibir en la solicitud de seguro los Consentimientos de cada Integrante o Asegurado, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes o Asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, posteriormente enviará al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Integrantes o Asegurados contendrá la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Integrantes o Asegurados del Grupo Asegurado.
- b) La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes o Asegurados y fecha de terminación del mismo.
- d) Operación y plan de seguros de que se trate.

- e) Número de Certificado Individual, y
- f) Coberturas amparadas.

3. Regla para Determinar la Suma Asegurada

Para efectos del cálculo de la Prima de Seguro, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Integrantes o Asegurados del Grupo Asegurado.

La regla para determinar la Suma Asegurada deberá ir directamente relacionada para cada Categoría o Subgrupo que el Contratante establezca en el Certificado Individual.

4. Sistemas de Administración del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro, de acuerdo a la relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste, podrá ser administrado de acuerdo a alguno de los siguientes sistemas:

a) Sistema Autoadministrado

La administración de Contrato de Seguro la llevará a cabo el Contratante, quien se compromete a recabar la información mínima necesaria de la población a asegurar, la cual consiste en: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación o profesión, actividad o giro del negocio, nacionalidad, CURP (sólo en caso de que el Asegurado cuente con ésta), RFC (sólo que el Asegurado cuente con éste), número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada, (sólo en caso de que el Asegurado cuente con éste) relación del Asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del Asegurado al grupo, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico (sólo en caso de que el Asegurado cuente con éste). Asimismo, se compromete a recabar de cada Asegurado la copia de una identificación oficial vigente y de un comprobante domiciliario vigente (éste último documento sólo en caso de que el domicilio proporcionado por el Asegurado no coincida con el domicilio detallado en su identificación o bien dicha identificación no detalle domicilio alguno). En este sentido, el Contratante se obliga a integrar un expediente de identificación de cada Integrante o Asegurado con la información y documentación antes citada así como los Consentimientos individuales de seguro en el formato proporcionado por la Compañía en el que deberá constar la designación de los Beneficiarios y la firma del Integrante o Asegurado, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante deberá informar a cada uno de los Integrantes o Asegurados el contenido de su Certificado Individual. La Compañía podrá solicitar en cualquier momento, y por cualquier motivo, la entrega de la información y documentación que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro la cual deberá ponerse a disposición de la Compañía en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles o bien, tratándose de un requerimiento de la autoridad, con al menos 1 (un) día hábil de anticipación a la fecha máxima de entrega otorgada por la autoridad, lo anterior de conformidad con lo establecido en la Disposición Décima Segunda de la Resolución por la que se expiden Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas el 19 de julio de 2012 en el Diario Oficial de la Federación así como por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades. Para ello, el Contratante se obliga a conservar el expediente de identificación de todos sus trabajadores, colaboradores o personal durante toda la vigencia del Contrato de Seguro, aun tratándose de aquellos que dejen de prestar sus servicios al Contratante, y de ponerlos a Disposición de la Compañía al término de la vigencia del Contrato de Seguro para su resguardo y custodia.

a.1) Movimientos durante la vigencia del contrato

Quedarán cubiertos todos los Integrantes o Asegurados desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso al Grupo Asegurado, comprometiéndose la Compañía

a proteger a los nuevos Integrantes desde la fecha en que reúnan los requisitos de asegurabilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos (y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante):

a.1.1) En los casos en que durante este periodo se desee contratar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en el Contrato de Seguro, el Contratante deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía, quién podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud. En este caso el Integrante o Asegurado gozará de las coberturas solicitadas a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía.

a.1.2) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a la Compañía el excedente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

El Contratante se obliga a emitir el Consentimiento y Certificado Individual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes en que el nuevo Integrante o Asegurado cumpla las condiciones anteriores, debiendo recabar la designación de Beneficiarios y la firma del propio Integrante o Asegurado. En caso de no presentar lo solicitado en los incisos anteriores, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de este contrato. El monto de la indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes o Asegurados y Certificado Individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro. Si ésta se establece con base en el sueldo del Integrante o Asegurado, se considerará el que esté vigente al momento de ocurrir el Siniestro y deberá comprobarse al momento de la reclamación presentando el recibo de nómina que corresponda.

a.1.3) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue establecido el Contrato de Seguro, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 establecido el Contrato de Seguro.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 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 establecido el Contrato de Seguro (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

a.1.4) Baja de Integrantes o Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

Los Integrantes o Asegurados que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía al final de la vigencia del Contrato de Seguro, por escrito, el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado.

a.2) Ajuste de Primas de Seguro

Los ajustes en Primas de Seguro por motivos de incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia del Contrato de Seguro, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago del Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes al momento que ocurran. De no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

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

a.3) Cambio de Beneficiarios

El Integrante o Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez sustituirá el Certificado Individual expedido anteriormente con uno nuevo que contenga la leyenda: "Este Certificado cancela y sustituye al anterior, con número...".

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante o Asegurado.

b) Sistema Tradicional

Este Contrato de Seguro lo administra la Compañía, el Contratante deberá notificar por escrito los movimientos de altas, bajas de Integrantes o Asegurados y/o modificaciones de Suma Asegurada en cada mes contado a partir de la vigencia del Contrato de Seguro.

La Compañía realizará ajustes en las Primas de Seguro y administrará la entrega de los Consentimientos y Certificados Individuales.

El Contratante se compromete a entregar a la Compañía los Consentimientos individuales de seguro en el formato proporcionado por la Compañía, en el que deberá constar la designación de los Beneficiarios y la firma del Integrante o Asegurado, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

b.1) Movimientos durante la vigencia del contrato

b.1.1) Ingreso al Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue establecido el Contrato de Seguro, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo; la Compañía, dentro de los 30 (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 establecido el Contrato de Seguro.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 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 establecido el Contrato de Seguro (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

b.1.2) Bajas en el Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima de Seguro neta no devengada de dichos Integrantes o Asegurados calculada en días exactos, de acuerdo con el artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Los Integrantes o Asegurados que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Integrantes o Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la carátula de la Póliza.

b.2) Ajuste de Primas de Seguro

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas de Seguro se realizarán de acuerdo a la edad y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas de Seguro cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago del Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

c) Sistema de Administración de Documentos

Bajo convenio previo entre la Compañía y el Contratante, el Contratante se compromete a recabar la información mínima necesaria de la población a asegurar la cual consiste en: nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombres), fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación o profesión, actividad o giro del negocio, nacionalidad, CURP (sólo en caso de que el Integrante o Asegurado cuente

con ésta), RFC (sólo que el Integrante o Asegurado cuente con éste), número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada (solo en caso de que el Integrante o Asegurado cuente con éste) relación del Integrante o Asegurado con el Contratante, fecha de ingreso del Integrante o Asegurado al grupo, domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población, estado), teléfono y correo electrónico (sólo en caso de que el cliente cuente con éste). Asimismo, se compromete a recabar de cada Integrante o Asegurado la copia de una identificación oficial vigente y de un comprobante domiciliario vigente (éste último documento sólo en caso de que el domicilio proporcionado por el Integrante o Asegurado no coincida contra el domicilio detallado en su identificación o bien dicha identificación no detalle domicilio alguno). En este sentido, el Contratante se obliga a integrar un expediente de identificación de cada Integrante o Asegurado con la información y documentación antes citada así como los Consentimientos Individuales de seguro en el formato proporcionado por la Compañía en el que deberá constar la designación de los Beneficiarios y la firma del Integrante o Asegurado, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante deberá informar a cada uno de los Integrantes o Asegurados el contenido de su Certificado Individual. La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información y documentación que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro la cual deberá ponerse a disposición de la Compañía en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles o bien, tratándose de un requerimiento de la autoridad, con al menos 1 (un) día hábil de anticipación a la fecha máxima de entrega otorgada por la autoridad, lo anterior de conformidad con lo establecido en la Disposición Décima Segunda de la Resolución por la que se expiden Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas el 19 de julio del 2012 en el Diario Oficial de la Federación así como por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades. Para ello, el Contratante se obliga a conservar el expediente de identificación de todos sus trabajadores, colaboradores o personal durante toda la vigencia del Contrato de Seguro, aun tratándose de aquellos que dejen de prestar sus servicios al Contratante, y de ponerlos a Disposición de la Compañía al término de la vigencia del Contrato de Seguro para su resguardo y custodia.

La Compañía administrará los movimientos de altas, bajas y/o incrementos de Suma Asegurada de los Integrantes o Asegurados en cada mes contado a partir de la vigencia del Contrato de Seguro que el Contratante reporte. La Compañía realizará ajustes en las Primas de Seguro y podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro, lo anterior de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

c.1) Movimientos durante la vigencia del Contrato de Seguro

c.1.1) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue establecido el Contrato de Seguro, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 establecido el Contrato de Seguro.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 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 establecido el Contrato de Seguro, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

c.1.2) Bajas en el Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima de Seguro neta no devengada de dichos Integrantes o Asegurados calculada en días exactos, de acuerdo con el artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Los Integrantes o Asegurados que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Integrantes o Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la carátula de la Póliza.

Cuando un Integrante o Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima de Seguro a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

c.2) Ajuste de Primas de Seguro

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas de Seguro se realizarán de acuerdo a la edad y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas de Seguro cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago del Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

c.3) Cambio de Beneficiarios

El Integrante o Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez sustituirá el Certificado Individual expedido anteriormente con uno nuevo que contenga la leyenda: "Este Certificado Individual cancela y sustituye al anterior, con número...".

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante o Asegurado.

5. Modificaciones

Las condiciones generales del Contrato de Seguro y sus endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

a) Cambio de Contratante

Para Grupos Asegurados cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro 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 cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima de Seguro no devengada.

b) Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas de Seguro es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima de Seguro, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima de Seguro, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima de Seguro se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

c) Cambio de Beneficiarios

El Integrante o Asegurado del Grupo Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, en Contratos de Seguro que se administren bajo los sistemas denominado Autoadministrado, Tradicional y Administración de Documentos, deberá notificar por escrito al Contratante quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales. La Compañía elaborará la actualización del Certificado Individual, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Sinistro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante o Asegurado.

6. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante o Asegurado del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida y que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía, 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 Suma Asegurada máxima sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Integrante o Asegurado al momento de separarse. La Prima de Seguro será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la Prima de Seguro 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, de acuerdo con el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

7. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que el Integrante o Asegurado tuvo en un Contrato de Seguro de Grupo, en ésta o en otra compañía de seguros.

El único objeto o finalidad del Reconocimiento de Antigüedad es el de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios de este contrato, siempre y cuando tales coberturas y beneficios hayan sido contratadas u otorgados en ésta y en el Contrato de Seguro anterior.

8. Renovación

La cobertura y la Prima de Seguro tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se podrá renovar bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Las Primas de Seguro de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación del Contrato de Seguro.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación aquellos Integrantes o Asegurados cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.

IX. Cláusulas generales

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. El Contrato de Seguro y Certificado Individual entrarán en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y del Certificado Individual y vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la Prima de Seguro. Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado Individual.

2. Designación de Beneficiarios

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

- a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo al artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la cobertura por Fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en el Contrato de Seguro.

El Integrante puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable que comunique por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en el Certificado Individual, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Integrante; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Integrante y éste no haya hecho nueva designación. Si existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Integrante haya dispuesto otra cosa.

Nota: 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 debe 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.

3. Pago de la Prima

El Contratante deberá pagar la Prima de Seguro anual de la cobertura por Fallecimiento y cada cobertura adicional, a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago establecidos en la carátula de la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima de Seguro en forma anual o de manera fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima de Seguro y cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En caso de que el Contratante elija pagar la totalidad de la Prima de Seguro de forma anual, dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago, contados a partir del día siguiente de la fecha de su vencimiento.

En el caso de que el Contratante opte por el pago de la Prima de Seguro en parcialidades, dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago.

Lo anterior de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, se cancelará en forma automática este contrato.

Los pagos de Prima de Seguro deberán efectuarse mediante transferencia electrónica, depósitos en cuentas bancarias o mediante pago domiciliado, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor. En caso de que el pago de la Prima de Seguro sea mediante pago domiciliado y la tarjeta fuera cambiada por la institución bancaria por cualquier motivo, el Contratante estará obligado a reportar dicho cambio a la Compañía durante los 5 (cinco) primeros días naturales de haber sido notificado.

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

4. Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro, incluyendo Suma Asegurada y Primas de Seguro, estarán denominados en la moneda nacional.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en moneda nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

5. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones, de acuerdo con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

6. Indisputabilidad

Este contrato no será disputable, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- a) La solicitud del seguro.
- b) Consentimiento.
- c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
- d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o Solicitante Titular declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo a lo estipulado en el artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de un tercero, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En el momento en que la Compañía tenga conocimiento de la omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado, del Contratante y/o sus representantes, al momento de requisitar las declaraciones en la solicitud de seguro, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho de acuerdo a lo estipulado en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

8. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Integrante, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia del Contrato de Seguro.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación

En caso que el Integrante o Asegurado cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, el Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía durante los 30 (treinta) días naturales siguientes a haberse efectuado dicho cambio.

Con esta notificación, la Compañía realizará los ajustes en la Prima de Seguro correspondientes con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma Asegurada del Contrato de Seguro.

En caso de que el Integrante fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado de un cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, la Compañía podrá rescindir del pleno derecho el

Certificado Individual del Integrante, sin necesidad de declaración judicial de acuerdo a la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

10. Rehabilitación

En caso que el Contrato de Seguro cese en sus efectos por falta de pago de las Primas de Seguro, el Contratante podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) Cubrir el importe de las Primas de Seguro no pagadas.
- d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

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

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por Suicidio del Integrante o Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia continua de este Contrato de Seguro y del respectivo Certificado Individual, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Integrante o Asegurado, la Compañía solamente pagará el importe de la parte no devengada de la última Prima de Seguro pagada en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no establecidas en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite el Contrato de Seguro, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o se acepte la inclusión de coberturas adicionales.

En caso de haberse cubierto el Anticipo por Enfermedades Terminales dentro del plazo del primer año a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante de la cobertura por fallecimiento no se cubrirá al(a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

12. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Integrante o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Integrante o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Integrante y en su caso del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Integrante o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Integrante o Contratante Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación

correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado Individual correspondiente o extenderá al Integrante o Contratante Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Integrante o Contratante Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Integrante o Contratante Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía rescindirá el Certificado Individual del Integrante de que se trate y únicamente devolverá la parte no devengada de la última Prima de Seguro pagada.

Si la edad verdadera del Integrante o Contratante Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indica:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima de Seguro menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima de Seguro establecida y la Prima de Seguro de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Integrante, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima de Seguro más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Integrante en el momento de la celebración del contrato. Las Primas de Seguro ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Integrante se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas de Seguro cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

14. Pago del Seguro

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la ocurrencia del Siniestro. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la Compañía o comprobado en juicio, lo anterior de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Integrante o Asegurado, o en su caso el Beneficiario, deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor y deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

15. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Integrante o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

16. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Integrantes o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

En caso de depósitos o pagos en efectivo de Primas de Seguro estarán sujetos al IDE (Impuesto sobre Depósitos en Efectivo) vigente al momento de la transacción.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 81

“Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

I.- En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En 2 (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 corrido, 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 de Seguro, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros”.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

19. Terminación Anticipada del Contrato de Seguro

En esta Cláusula el Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro en concordancia con el artículo 1796 del Código Civil Federal, el presente contrato está regido por el principio de la Buena Fe y suscrito bajo el mismo.

En ese contexto, el Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el Contrato de Seguro documentado en la presente Póliza, según se identifica en la carátula de la misma y, en su caso, inciso o Certificado Individual que corresponda, cuando, del análisis de las informaciones o la documentación que presenten para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso, situación o

circunstancia inherente al siniestro correspondiente, se pueda acreditar que, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario, los representantes de éstos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, participe en la tales hechos, con la finalidad de hacer incurrir a la Compañía en error, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato asume la Compañía, tales como:

- a) Disimular o declarar, falsa o inexactamente, cualquiera de dichos hechos; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del siniestro; o las consecuencias de la reclamación o de la realización del siniestro; o,
- b) Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito, al Asegurado y al Beneficiario del seguro la terminación del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de éstos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro, desde tal momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier tipo, relacionados con la reclamación que motivó la resolución de obligaciones, así como de las derivadas del siniestro que, con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

Sin embargo, la Compañía cumplirá íntegramente y de acuerdo con los Límites Máximos de Responsabilidad, Sumas Aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este Contrato, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y siniestros que se hubieren presentado y reclamado válidamente y sean distintos a la que motivó la resolución de obligaciones.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de éstos, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta Cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de la Compañía.

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al contratante o asegurado, según corresponda, la parte que, en las circunstancias descritas, se deje de devengar.

20. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima de Seguro que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía 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.

21. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en el Contrato de Seguro, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

X. Servicios de Asistencia

La Compañía otorgará los Servicios de Asistencia que se describen en este apartado a través de un tercero (en adelante Proveedor en Convenio) y aplican únicamente en la República Mexicana.

Mediante estos servicios los Asegurados o Integrantes serán referidos con el Proveedor en Convenio, quien prestará sin costo alguno los servicios que a continuación se describen.

Para recibir estos servicios el Integrante o Asegurado se deberá comunicar al número telefónico que determine la Compañía y proporcionar los siguientes datos:

- Nombre completo del Integrante o Asegurado; y
- Número de Póliza; y
- Nombre completo o razón social del Contratante.

1. Servicios de Consultoría y Asesoría Legal para el Contratante

El Contratante podrá realizar consultas legales vía telefónica, por correo electrónico o página web que al efecto designe la Compañía y el Proveedor en Convenio de forma ilimitada a los abogados del Proveedor en Convenio en las materias que más adelante se detallan.

De igual manera tendrá derecho a solicitar de forma ilimitada asesorías jurídicas, las cuales consisten en la revisión o elaboración de diversos documentos legales que no impliquen la autorización de los órganos judiciales, administrativos o de cualquier otra índole, y se encuentren relacionados con los temas que se describen a continuación. La Consultoría y Asesoría son proporcionadas por el Proveedor en Convenio y aplican únicamente en territorio nacional para el Contratante que se encuentre amparado en la Póliza durante el plazo del Contrato de Seguro, siempre y cuando la misma se encuentre vigente.

El Contratante podrá acceder a los servicios en las siguientes materias del derecho:

a) Laboral

Contratos de trabajo y prestación de servicios.

Asesoría respecto de las formalidades para celebrarlos, el contenido general y terminación del contrato.

Despido de trabajadores.

Asesoría respecto de los requisitos, causas, indemnizaciones, efectos y procedimiento para terminar la relación laboral con un empleado.

Condiciones laborales.

Asesoría respecto de cualquier duda que pueda tener el patrón sobre Jornada de trabajo, salario, días de descanso, feriados, vacaciones, permisos, horas extraordinarias, utilidades y riesgos de trabajo.

Derechos de seguridad social.

Asesoría respecto del procedimiento que debe seguir en caso de que alguno de sus empleados se incapacite y/o sufra un accidente de trabajo.

b) Administrativo

Permisos y licencias administrativas.

Asesoría sobre los requisitos y formalidades que la ley exige para la operación y funcionamiento de una empresa.

Registros y avisos.

Asesoría para realizar los avisos y registros con los que debe contar una empresa para no ser sujeto de futuras multas o sanciones impuestas por las autoridades competentes.

Certificaciones ISO.

Asesoría sobre los pasos para obtener las certificaciones ISO.

Norma oficial mexicana.

Asesoría sobre los alcances de alguna Norma Oficial Mexicana en particular que aplique al giro de la empresa.

c) Mercantil

Cobranzas.

Asesoría sobre el procedimiento para cobrar o pagar deudas derivadas de la operación de la empresa.

Buró de crédito.

Asesoría para solicitar el reporte especial de crédito ante la institución correspondiente.

Protección al consumidor.

Asesoría respecto de las alternativas de solución de controversias y procedimiento ante la Procuraduría Federal del Consumidor para proteger los derechos del consumidor.

d) Fiscal

Obligaciones de los contribuyentes, funciones y atribuciones del SAT y secretarías de finanzas locales. Asesoría sobre las principales obligaciones fiscales a cargo del Contratante (ISR, IVA, IETU).

e) Corporativo

Normas sobre constitución y funcionamiento de sociedades.

Asesoría sobre los requerimientos establecidos en la legislación para la debida constitución y operación que se relacionen con la empresa.

Determinación del giro de la sociedad, constitución de sociedades, órganos de administración, otorgamiento y revocación de poderes, aportaciones de los socios, acciones, repartos de utilidades y otras.

Orientación y asesoría sobre la elaboración de los estatutos sociales que regirán la empresa y alcances de los mismos.

Normas sobre propiedad industrial.

Asesoría para la obtención del registro de marcas, licencias de uso de marcas y franquicias.

Convenios y/o contratos.

Asesoría en la elaboración de los contratos o convenios que la empresa requiera relacionados con: crédito, compraventa, publicidad, arrendamiento, distribución y garantía.

f) Penal

Denuncias o querellas ante el Ministerio Público.

Asesoría respecto de los pasos y acciones que se deben realizar para interponer una denuncia o querrella ante el Ministerio Público, así como las formalidades que la ley exige para cada caso en particular y se relacione con los servicios de consultoría y asesoría descritos con anterioridad.

Para acceder a las Consultas y Asesorías Legales, el Contratante se deberá comunicar al teléfono que determine la Compañía; estos servicios se prestarán sin costo alguno para ellos a través del Proveedor en Convenio, quien se compromete a otorgar los servicios antes descritos.

La comunicación posterior entre el Proveedor en Convenio y Contratante, así como la prestación de servicios distintos a los descritos en este apartado, serán contratados directamente por el Contratante con el Proveedor en Convenio quien en su caso informará al Contante los costos correspondientes a los servicios de su interés.

g) Exclusiones

Este servicio no incluye Consultas o Asesorías Legales derivadas de:

- g.1. Atención de asuntos regidos por una legislación distinta a la mexicana.**
- g.2. Acciones del Contratante tendientes a eludir algún tipo de responsabilidad o cometer un acto considerado como ilícito por las disposiciones legales establecidas o basadas en manifestaciones falsas o manipuladas.**
- g.3. Hechos o acciones ocurridas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro.**
- g.4. Acciones que pretenda interponer el Contratante en contra de la Compañía.**
- g.5. Todo uso malicioso en el que participe directa o indirectamente el propio Contratante.**
- g.6. Acciones judiciales contra bancos, instituciones financieras y compañías o agentes de seguros.**
- g.7. Los honorarios y gastos de abogados distintos de aquellos que el Proveedor en Convenio haya designado y autorizado para la prestación del servicio objeto del presente contrato.**
- g.8. Todo robo, pérdida, extravío y/o clonación, en los que conste la firma auténtica del propio Contratante.**
- g.9. Cualquier gasto o pago efectuados por el Contratante derivado de la prestación de servicios distintos a los descritos en el apartado 1.**
- g.10. Ni la Compañía ni el Proveedor en Convenio serán responsables con respecto a algún daño o perjuicio causado al Integrante o Asegurado derivado de servicio prestado, por acciones u omisiones del Contratante si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.**

2. Servicios de Asistencia Médica y Descuentos

a) Definiciones

Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye para el otorgamiento de los Servicios de Asistencia Médica y Descuentos.

a.1) Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Integrante o Asegurado.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

a.2) Beneficiario(s)

Integrante o Asegurado, cónyuge, hijos menores de 25 (veinticinco) años o sus padres quienes para hacer uso del Servicio de Asistencia Médica y Descuentos deberán activarlos llamando al teléfono que determine la Compañía.

a.3) Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V.

a.4) Enfermedad

Toda alteración en la salud del Beneficiario, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la vigencia de este Contrato de Seguro.

a.5) Equipo Médico del Proveedor en Convenio

El personal médico y asistencial que esté gestionando los Servicios de Asistencia por parte del Proveedor en Convenio a un Beneficiario.

a.6) Fecha de Inicio

Será la Fecha de Inicio de la vigencia de Póliza del Contrato de Seguro, fecha a partir de la cual el Proveedor en Convenio empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.

a.7) Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, certificado para realizar los procedimientos médicos correspondientes.

a.8) País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

a.9) Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

a.10) Residencia Permanente

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en el Consentimiento o cualquier otro medio razonable de comprobación.

a.11) Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales Médicos y de Descuentos que gestiona el Proveedor en Convenio a los Beneficiarios en los términos de estas condiciones generales, para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

a.12) Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

a.13) Territorialidad

Los Servicios de Asistencia Médica que se mencionan en estas condiciones generales, se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

a.14) Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

b) Asistencia Médica: Tú médico 24 horas®

b.1) Orientación Médica Telefónica las 24 horas del día

Orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, sin costo y sin límite de eventos sobre problemas médicos menores, para atender síntomas o molestias, dudas en relación con la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiera la presencia de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, es responsabilidad del Integrante o Asegurado su aplicación y seguimiento. En ningún caso se emitirá una prescripción médica.

Ni la Compañía ni el Proveedor en Convenio serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

b.2) Consultas Médicas a Domicilio

A solicitud del Beneficiario, el Proveedor en Convenio gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo dentro del territorio nacional. El Integrante o Asegurado pagará directamente al Médico con costo preferencial la visita domiciliaria al momento en que finalice la consulta, dicho costo preferencial se notificará al momento de la gestión del envío de un Médico general.

b.3) Traslado Médico de Emergencia

Si el Beneficiario sufre un Accidente o Enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado que elija el Beneficiario o su familiar dentro del territorio nacional, si fuera necesario por razones médicas, en una ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

Este traslado se otorgará 2 (dos) veces por vigencia del Certificado Individual. En caso de requerir traslados adicionales, el Beneficiario deberá cubrir los gastos con precios preferenciales.

El costo de la atención médica y hospitalaria derivada de una emergencia deberá ser cubierto por el Beneficiario.

c) Descuentos y Precios Preferenciales

c.1) Referencia de Laboratorios Clínicos

El Beneficiario podrá obtener la referencia de laboratorios para practicarse estudios de biometría hemática, química sanguínea y antígeno prostático, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

c.2) Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen

El Beneficiario podrá obtener la referencia de estudios de gabinete como radiología, rayos X simples y con medio de contraste, ultrasonido y tomografías, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

c.3) Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio

El Beneficiario podrá solicitar en su Residencia Permanente, o en el lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo dentro del territorio nacional, la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

c.4) Referencia Dental

El Beneficiario podrá obtener la referencia de un odontólogo para realizar diagnósticos, radiografías, prevención, operatoria dental, cirugía bucal, prótesis bucal, prostodoncia, tratamiento parodontal y ortodoncia, con precios preferenciales. El Beneficiario podrá elegir libremente al odontólogo de entre los que hayan sido referidos por el Proveedor en Convenio.

c.5) Referencia de Ópticas

El Beneficiario podrá obtener la referencia de ópticas de prestigio, con precios preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

c.6) Referencia de Farmacias

El Beneficiario podrá obtener descuentos en medicamentos de patente y controlados en la red de farmacias que determine el Proveedor en Convenio. Los precios serán preferenciales de acuerdo al Proveedor en Convenio que haya elegido libremente el Beneficiario.

d) Obligaciones del Beneficiario

d.1) Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio y proporcionará los datos siguientes:

- d.1.1. Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el Proveedor en Convenio podrá contactar con el Beneficiario o su representante.
- d.1.2. Su nombre y su número de Póliza.
- d.1.3. Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo de Médicos del Proveedor en Convenio tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el Proveedor en Convenio no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

d.2) Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del Proveedor en Convenio, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

- d.2.1. El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- d.2.2. El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del Médico que habitualmente atienda al Beneficiario.

El equipo de Médicos del Proveedor en Convenio o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Proveedor en Convenio no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo de Médicos del Proveedor en Convenio decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

e) Normas generales

e.1) Mitigación

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

e.2) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayoría, contratistas independientes elegidos por el Proveedor en Convenio con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que el Proveedor en Convenio no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

e.3) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra del Proveedor en Convenio.

f) Exclusiones

La Compañía no será responsable de los Servicios de Asistencia en los siguientes casos:

- f.1) Cuando sean derivados de la participación directa del Beneficiario en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros,**

hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

- f.2) Las solicitudes de servicio ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza o del Certificado Individual correspondiente.**
- f.3) Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el Proveedor en Convenio.**
- f.4) Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- f.5) Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.**
- f.6) Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.**

3. Servicio de Asistencia Funeraria

Los Beneficiarios designados o familiares del Integrante o Asegurado podrán solicitar los Servicios Funerarios a través del Proveedor en Convenio hasta por la cantidad de \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N.). Este servicio lo brindará la Compañía a través del Proveedor en Convenio.

Para solicitar los servicios funerarios, los Beneficiarios o familiares del Integrante o Asegurado se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía; estos servicios se prestarán a través del Proveedor en Convenio, quien se compromete a otorgar el servicio que más adelante se detalla sin costo hasta por la cantidad de \$15,000.00 M.N. (quince mil pesos 00/100 M.N.) para los Beneficiarios o familiares del Integrante o Asegurado al momento de ocurrir el fallecimiento de éste.

Si al momento de hacer uso del Servicio Funerario, los deudos deciden realizar modificaciones al paquete de Servicios Funerarios ofrecido por el Proveedor en Convenio que en el presente documento se señalan y esta modificación excede la cantidad descrita en el primer párrafo de éste inciso, quedará a cargo de los Beneficiarios o familiares o del solicitante del servicio el pago de cualquier excedente que corresponda.

El Servicio Funerario estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, por conducto del Proveedor en Convenio, y comprende exclusivamente la gestoría del funeral del Integrante o Asegurado, la cual consiste en lo siguiente:

- a.1) Trámite de los permisos correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales de Salubridad, Oficina de Panteones.** El Proveedor en Convenio asesorará y apoyará a los familiares del Asegurado en todos los trámites relacionados con el servicio funerario, tales como:

- a.1.1) Permisos correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.**

- Los trámites ante la secretaría de salud los realiza la agencia funeraria asignada. En cuanto a las oficinas de panteones civiles y municipales, es necesaria que el familiar solicite la fosa.

- a.1.2) Obtención del certificado de defunción de la Secretaría de Salud** Dependiendo del lugar y tipo de muerte este certificado será expedido por una dependencia de salud (IMSS, ISSSTE) o el médico particular tratante del fallecido o por las autoridades forenses. El Proveedor en Convenio, asesorará a los familiares en el proceso a seguir para la obtención de este documento en particular para los casos de muerte natural el proveedor podrá enviar un médico para que certifique el fallecimiento con costo para el propio familiar. En los casos de muerte legal el Proveedor en Convenio solo brindará asesoría, dado que es necesaria la presencia de un familiar directo para el reconocimiento del cuerpo y las declaraciones pertinentes.

a.1.3) Obtención del acta de defunción ante el registro civil

La agencia funeraria entregará a los familiares del asegurado el acta previa de defunción y gestionará la boleta de inhumación o cremación.

a.1.4) Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan

Con base en la modificación del Código Penal ningún agente del Ministerio Público tiene la capacidad de dispensar una necropsia.

a.1.5) Notificación a acreedores para liberación de deudas

Únicamente informa a los familiares los requisitos mínimos que se requieren para la cancelación de deudas bancarias y cobros de sumas aseguradas.

a.1.6) En caso de muerte violenta se podrá realizar ante el Ministerio Público y el médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Integrante o Asegurado y, en su caso, la denuncia o demanda contra el responsable: se otorga únicamente el asesoramiento para la liberación del cuerpo, sin embargo, es necesaria la presencia e intervención de los familiares para este proceso.

a.2) Para Inhumación:

- Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.
- Recolección del cuerpo.
- Servicio de embalsamado.
- Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación.
- Ataúd metálico.
- Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria.
- Traslado en carroza para inhumación.
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- Autobús de acompañamiento.
- Servicio de tanatología.

a.3) Para Cremación

- Gestoría del funeral: trámites correspondientes ante las diferentes dependencias oficiales como salubridad y oficina de panteones.
- Recolección del cuerpo.
- Ataúd para velación.
- Arreglo estético del cuerpo: se asea, viste y maquilla el cuerpo para la presentación a la velación.
- Capilla de velación o domiciliaria: se proporcionará a elección de los familiares, sala de velación o, en su caso, capilla domiciliaria.
- Servicio de Cremación.
- Una urna para cenizas.
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- Autobús de acompañamiento.
- Servicio de tanatología.

El Servicio de Asistencia Funeraria no implica la aceptación y procedencia del pago de la Cobertura por Fallecimiento, toda vez que se encuentra sujeta a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación por Fallecimiento del Integrante o Asegurado.

XI. Artículos citados

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	
Operaciones de seguro que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros podrán realizar.	Artículo 34
Procedimiento que las empresas aseguradoras deberán de seguir para llevar a cabo el registro de las Notas Técnicas y Documentación Contractual de los Productos que comercializan.	Art. 36, Art. 36 A, Art. 36 B, Art. 36 D
<p>Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.</p> <p>Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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;</p> <p>II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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;</p> <p>III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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;</p> <p>V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá 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;</p> <p>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 la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.</p> <p>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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</p> <p>VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y</p> <p>VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.</p>	Art. 135 Bis

<p>Jurisdicción. La competencia por territorio para demandar en materia de seguro 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.</p>	<p>Art. 136</p>
<p>Para proceder penalmente por los delitos previstos en los artículos 141 al 146 y 147 al 147 Bis 2 de esta ley, será necesario que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público formule petición, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; también se procederá a petición de la institución o sociedad mutualista de seguros ofendidas, o de quien tenga interés jurídico.</p> <p>Las multas previstas en este capítulo, se impondrán a razón de días de salario. Para calcular su importe se tendrá como base el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal al momento de realizarse la conducta sancionada.</p> <p>Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, escuchando la previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:</p> <p>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 ó 148 Bis del Código Penal Federal o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y</p> <p>II. Presentar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, reportes sobre:</p> <p>a. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Asimismo, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en las citadas reglas generales emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros deberán observar respecto de:</p> <p>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;</p> <p>b. La información y documentación que dichas instituciones, sociedades y agentes 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;</p> <p>c. La forma en que las mismas instituciones, sociedades y agentes 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</p> <p>d. Los términos para proporcionar capacitación al interior de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y agentes de seguros 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.</p>	<p>Art. 140</p>

<p>Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros 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.</p> <p>La Secretaría de Hacienda y Crédito Público estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 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 de seguros y los agentes de seguros, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.</p> <p>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, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con los artículos 117 y 118 de la Ley de Instituciones de Crédito.</p> <p>Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros, 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.</p> <p>La violación a las disposiciones a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas conforme al procedimiento previsto en el artículo 138 de la presente Ley, con multa de hasta 100,000 días de salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal. Las mencionadas multas podrán ser impuestas, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros, así como a sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados y personas físicas y morales, que en razón de sus actos, hayan ocasionado o intervenido para que dichas entidades financieras incurran en la irregularidad o resulten responsables de la misma. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, atendiendo a las circunstancias de cada caso, podrá proceder conforme a lo previsto en los artículos 23 y 31 de esta Ley.</p> <p>Los servidores públicos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros, 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.</p>	<p>Art. 140</p>
<p>Ley Sobre el Contrato de Seguro</p>	
<p>El Contratante o Asegurado estará obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo tal como los conozca o deba conocer.</p>	<p>Art. 8</p>
<p>Pruebas sobre la existencia del Contrato de Seguro.</p>	<p>Art. 19</p>
<p>Rectificación del Contrato de Seguro. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.</p>	<p>Art. 25</p>
<p>La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las Primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.</p>	<p>Art. 33</p>

Pago Fraccionado de Prima. La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración.	Art. 37
Cancelación del Seguro por falta de pago. Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.	Art. 40
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 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.	Art. 47
El Asegurado deberá comunicar a la aseguradora la agravación esencial que tenga el riesgo durante el curso del seguro.	Art. 52
Establece de forma muy Genérica lo que debe entenderse por agravación esencial del riesgo.	Art. 53
Las partes tienen la posibilidad de pactar ciertas condiciones que tiendan a atenuar el riesgo, o bien impedir su agravación. Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará 15 (quince) días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.	Art. 56
Aviso de Siniestro.- El Asegurado o Beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso que deberá ser por escrito de la realización del Siniestro.	Art. 66
Documentación e información soporte para comprobación del Siniestro. La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro.	Art. 69
Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos.	Art. 70
Plazo para el pago de Siniestros.- El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	Art. 71
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.	Art. 76
Plazo de prescripción.- Todas las acciones que deriven de un Contrato de Seguro para la operación de vida prescribirán en 5 (cinco) años y 2 (dos) años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
Interrupción de la prescripción.- El plazo para la prescripción no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones, sobre el riesgo corrido sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él.	Art. 82
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 establecido en el artículo 37 de la presente ley.	Art. 84
Cuando el menor de edad tenga 12 (doce) años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Art. 158
Revocación de la designación de Beneficiarios. El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y además lo comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora.	Art. 165
La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.	Art. 186

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios.	Art. 50 Bis
Requisitos para la presentación de reclamaciones. La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones de los Usuarios, con base en las disposiciones de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.	Art. 63
Plazo para presentación de reclamaciones. Plazo para presentación de reclamaciones 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de 2 (dos) años para los demás casos.	Art. 65
Interrupción de Prescripción. Las reclamaciones que cumplan con los requisitos que menciona la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por su sola presentación interrumpirán la prescripción.	Art. 66
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación.	Art. 68
Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	
<p>Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea:</p> <p>I. Garantizar créditos concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el Seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente,</p> <p>II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o</p> <p>III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.</p>	Art. 12
<p>Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado de que se trate.</p> <p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) 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 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.</p> <p>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, 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.</p>	Art. 17
Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la 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.	Art. 18

<p>En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:</p> <p>Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo 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 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.</p>	Art. 19
<p>En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.</p>	Art. 23
Ley del Mercado de Valores	Art. 20, Fracción X
Ley de Instituciones de Crédito	Art. 22 Bis, Fracción V
<p>"Grupo empresarial, es el conjunto de personas morales organizadas bajo esquemas de participación directa o indirecta del capital social, en las que una misma sociedad mantiene el control de dichas personas morales. Asimismo, se considerarán como grupo empresarial a los grupos financieros constituidos conforme a la Ley para Regular las Agrupaciones Financieras."</p>	

XII. Registro

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0048-0475-2013 fecha 30 de octubre de 2013.

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

VG-017 • NOVIEMBRE 2015

