PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA
Baja California

ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN

26 de octubre del 2020

Hemos recibido exitosamente su solicitud de información, con los siguientes datos:

N° de folio: **01038620**
Fecha de presentación: **26/octubre/2020 a las 10:03 horas**
Nombre del solicitante: [redacted]
Sujeto Obligado: **Ayuntamiento de Playas de Rosarito**
Información solicitada:
Solicito el contrato de seguro de vida para policías municipales, y conocer las clausulas de dicho contrato.
Documentación anexa:

FECHA DE INICIO DE TRÁMITE

De conformidad en lo dispuesto por el artículo 132 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, su solicitud de acceso a información pública será atendida a partir del día **26/octubre/2020**, y la respuesta le deberá ser notificada en el menor tiempo posible, que no podrá ser mayor de veinte días, contados a partir de la presentación. Además, se precisará el costo y la modalidad en que será entregada la información, atendiendo en la mayor medida de lo posible a la solicitud del interesado.

Excepcionalmente, este plazo podrá ampliarse hasta por diez días más cuando existan razones que lo motiven. No podrán involucrarse como causales de ampliación del plazo aquellos motivos que supongan negligencia o descuido del sujeto obligado en el desahogo de la solicitud.

La solicitud recibida después de las 15:00 horas de un día hábil o en cualquier hora de un día inhábil, se tendrá por recibida el día hábil siguiente.

PLAZOS DE RESPUESTA Y POSIBLES NOTIFICACIONES A SU SOLICITUD

1) Respuesta a su solicitud:	hasta el	09/11/2020	Art. 132 LGTAIP
2) En caso de que se requiera más información:	hasta el	02/11/2020	Art. 128 LGTAIP
3) Respuesta si se requiere más tiempo para localizar la información:	hasta el	09/11/2020	Art. 132 LGTAIP

PLAYAS DE ROSARITO

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
NÚMERO DE OFICIO: PL-NA-263-VIII/2020
ASUNTO: Solicitud de Información

Playas de Rosarito, B.C., a 27 de octubre del 2020

L.E. JAIME IBARRA ACEDO
OFICIAL MAYOR
H. VIII AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.
PRESENTE. –

Por medio del presente reciba un cordial saludo, así mismo y en relación con la solicitud de información de Plataforma Nacional de Transparencia no. **01038620** recibida el día 26 de octubre del presente año, y con fundamento en los artículos 8, 9, 10, 14, 15 fracción IV, 55, 56 fracciones II, IV, V, 113, 160 fracciones I,II, III, IV, V, VII, VIII, XI, XII y Segundo Transitorio de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California, solicito de la manera más atenta dé respuesta a esta petición ciudadana, informándole que del incumplimiento a las fracciones anteriores se estará sujeto a lo establecido en el artículo 168 de la Ley en mención, por lo cual se requiere se sirva remitir de manera física a esta dirección y al correo electrónico *javargas@rosarito.gob.mx*, la siguiente información:

- Solicito el contrato de seguro de vida para policías municipales, y conocer las clausulas de dicho contrato. (Texto íntegro al de la solicitud).

Anexo copia de la solicitud de información y agradezco la atención brindada a la presente, así mismo se hace atenta invitación a dar respuesta en ***cinco días hábiles*** a esta petición.

ATENTAMENTE
"HUMANIZANDO LA CIUDAD"

L.A.E. JORGE ALEJANDRO VARGAS MAYORAL
DIRECTOR DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
DEL H. VIII AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

C.c.p. Lic. José Luis Zazueta Pérez, Síndico Procurador del VIII Ayuntamiento de Playas de Rosarito, B.C.
C.c.p. Archivo.

PLAYAS DE ROSARITO
VIII AYUNTAMIENTO

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y
ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
NÚMERO DE OFICIO: R-PL-NA-201-VIII/2020
ASUNTO: Respuesta a Solicitud de Información

Playas de Rosarito, B.C., a 05 de noviembre del 2020.

[redacted]

PRESENTE. –

Anteponiendo un cordial saludo y en relación con la solicitud de información recibida en Plataforma Nacional el día 26 de octubre del 2020, identificada con el folio no. **01038620** me permito en términos de los artículos 55 y 56 fracciones II, IV, V de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California, enviar la respuesta de Oficialía Mayor a su petición.

Así mismo, con fundamento en los Artículos 135, 136, 137, 138 y 139 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California, es nuestra obligación hacer de su conocimiento el derecho que usted tiene para interponer un recurso de revisión ante el Órgano Garante, a la respuesta que se le ha otorgado.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención brindada al presente.

H. AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.
DESPACHADO
05 NOV 2020
DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

H. GOBIERNO MUNICIPAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

ATENTAMENTE
"HUMANIZANDO LA CIUDAD"

DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL MUNICIPIO PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

LA.E. JORGE ALEJANDRO VARGAS MAYORAL
DIRECTOR DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
DEL H. VIII AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROS ARITO, B.C.

C.c.p. Archivo.

PLAYAS DE ROSARITO
VIII AYUNTAMIENTO

H. AYUNTAMIEN
PLAYAS DE ROSARITO, B.C.
RECIBIDO
esvalle
03 NOV 2020
1:48
DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y
ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

OFICIALÍA MAYOR

Oficina del Titular

Oficio No: **OFM/2003/2020**
Asunto: El que se indica.
Playas de Rosarito, 03 de noviembre del 2020.

L.A.E. JJORGE ALEJANDRO VARGAS MAYORAL
DIRECTOR DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA MUNICIPAL DEL H. VIII AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO B.C.
P R E S E N T E.-

Por medio de este conducto le envío un cordial saludo; así mismo, en atención al oficio PL-NA-263-VIII/2020, de fecha 27 de octubre del presente año, recibido en fecha 28 de octubre de la misma anualidad, mediante el cual me solicita contrato de seguro de vida para los policías municipales, y conocer las cláusulas de dicho contrato; estando en tiempo y forma, se remite por ende póliza general, celebrada entre el H. VIII Ayuntamiento de Playas de Rosarito, con la aseguradora Patrimonial Vida;, así como. El endoso Aclaratorio, del contratante y asegurado; póliza general de la policía municipal, clausulas y condiciones generales.

Sin otro particular por el momento, agradezco la atención que sirva brindar a la presente, quedando de usted para cualquier duda o aclaración al respecto.

OFICIALIA MAYOR
GOBIERNO CONSTITUCIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

ATENTAMENTE

L.E. JAIME IBARRA ACEDO
OFICIAL MAYOR
VIII AYUNTAMIENTO DE PLAYAS DE ROSARITO, B.C.

VIII H. AYUNTAMIENTO
PLAYAS DE ROSARITO

VIII H. AYUNTAMIENTO DE
PLAYAS DE ROSARITO, B.C.
RECIBIDO
03 NOV 2020
OFICIALIA MAYOR

Archivo OFM/JIA/GARS.

Aseguradora Patrimonial Vida

Aseguradora Patrimonial Vida

México, Ciudad de México, 17 de Abril de 2020.

Estimado Alejandro Fierro

Adjunto encontrara los siguientes documentos a nombre de **AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO B.C**

Póliza	Documentos	Importe
12 917 01	Carátula	$ 1,655,311.75
	Aviso de Cobro	
	Relación de Asegurados	
	Condiciones Generales	
	Derechos básicos	

Con nosotros tus datos están protegidos, puedes **consultar el Aviso de Privacidad** en nuestra página de internet **www.apvida.mx.**

Esperando que lo anterior sea de tu entera conformidad, quedamos para cualquier duda o comentario.

Atentamente

Nombre ejecutivo
Andrés Pelcastre

No. Póliza 12 917 01

POLIZA

Aseguradora Patrimonial Vida

Seguro de VIDA GRUPO

DATOS GENERALES

Nombre del Contratante	AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO B.C
R.F.C.	AMP981201HJ4
Domicilio / Calle y No	JOSE HAROZ AGUILAR 2000
Colonia	VILLA TURISTICA-PLAYAS DE ROSARITO
Delegación o Municipio	PLAYAS DE ROSARITO
C.P.	22711
Ciudad / Estado	ROSARITO, BAJA CALIFORNIA

VIGENCIA DE POLIZA

03/04/2020-03/04/2021

Participación de Utilidad SI[ ] NO[X]

% Contribución de Asegurados (SI) (NO)

Prestación Laboral (SI) (NO)

PRIMAS

Moneda:	NACIONAL
Forma de Pago	MENSUAL
No. Pagos	12
Pago Inicial:	$137,942.65
Pagos subsecuentes:	$137,942.65

Prima Neta:	$ 1,655,311.75
Descuento:	$ 0.00
Recargo:	$ 0.00
Tasa de Financiamiento por pago fraccionado:	$0.00
Gastos de Expedición	$ 0.00
PRIMA TOTAL:	$ 1,655,311.75

DATOS GENERALES DEL INTERMEDIARIO

Oficina	Clave	Nombre del Agente
MEXICO	APV003	CUENTA DIRECTA

ART. 25 LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.- "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones"

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. (denominada en adelante la Compañía), asegura de conformidad con las cláusulas de esta póliza durante la vigencia establecida, al grupo mencionado contra los riesgos que más adelante aparecen y que figuran con la anotación de "AMPARADA".

[redacted]

MEXICO, CDMX 31/03/2020

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

Firma del Funcionario

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Subgrupo

ROSARITO PARTIDA 2 (PERSONAL CONFIANZA)

Número de Asegurados que lo integran	SAMI (Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad)	Prima Neta
352	$250,000.00	$709,048.84

Cobertura Contratadas/Amparadas	Suma Asegurada: (1)Regla sueldo base meses ( ) (2)Monto Fijo en pesos ( ) Saldo Insoluto ( )	Edad máxima de aceptación en años
	Regla de Suma Asegurada SUMA FIJA POR $150,000.00 Y GASTOS FUNERARIOS POR $ 50,000.00	
Básica:		
FALLECIMIENTO	$52,800,000.00	18-150
Adicionales		
MUERTE ACCIDENTAL	$52,800,000.00	18-150
PERDIDAS ORGANICAS	$52,800,000.00	18-150
GASTOS FUNERARIOS	$17,600,000.00	18-150
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	$52,800,000.00	18-150

Subgrupo

ROSARITO PARTIDA 2 (POLICIA COMERCIAL)

Número de Asegurados que lo integran	SAMI (Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de asegurabilidad)	Prima Neta
79	$250,000.00	$285,514.95

Cobertura Contratadas/Amparadas	Suma Asegurada: (1)Regla sueldo base meses ( ) (2)Monto Fijo en pesos ( ) Saldo Insoluto ( )	Edad máxima de aceptación en años
	Regla de Suma Asegurada SUMA FIJA POR $150,000.00 Y GASTOS FUNERARIOS POR $ 50,000.00	
Básica:		
FALLECIMIENTO	$11,850,000.00	18-150
Adicionales		
MUERTE ACCIDENTAL	$11,850,000.00	18-150
PERDIDAS ORGANICAS	$11,850,000.00	18-150
GASTOS FUNERARIOS	$3,950,000.00	18-150
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	$11,850,000.00	18-150

Subgrupo

ROSARITO PARTIDA 2 (POLICIA ACTIA)

Número de Asegurados que lo	SAMI (Suma Asegurada máxima Individual sin requisitos de	Prima Neta

integran 238	asegurabilidad) $250,000.00	$660,747.96

Cobertura Contratadas/Amparadas	Suma Asegurada: (1)Regla sueldo base meses ( ) (2)Monto Fijo en pesos ( ) Saldo Insoluto ( )	Edad máxima de aceptación en años
	Regla de Suma Asegurada SUMA FIJA POR $250,000.00 Y $ 50,000.00 EN GASTIOS FUNERARIOS	
Básica: FALLECIMIENTO	$59,500,000.00	18-150
Adicionales MUERTE ACCIDENTAL	$59,500,000.00	18-150
PERDIDAS ORGANICAS	$59,500,000.00	18-150
GASTOS FUNERARIOS	$11,900,000.00	18-150
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	$59,500,000.00	18-150

ENDOSOS y ACLARACIONES

IMPORTANTE

Estimado asegurado, lo invitamos a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de su póliza en las condiciones generales anexas.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, Correo: contacto@apvida.mx

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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de Noviembre de 2018, con el número CGEN-S0069-0105-2018/CONDUSEF-CONDUSEF- 003647-01".

Aseguradora Patrimonial Vida

ENDOSO DE ACLARATORIO

Contratante AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO B.C
Asegurado AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO B.C
Vigencia 03/04/2020-03/04/2021
Número de Póliza 12 917 01

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

Se aclara que se modifica la forma de pago, de mensual a pago de contado.

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

[redacted]

Lugar y Fecha

Funcionario Autorizado

Aseguradora Patrimonial Vida

ENDOSO DE LÍMITE DE EDAD

Contratante: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE PLAYAS DE ROSARITO B.C
Asegurado: 669
Fecha de Emisión del Endoso: 15/04/2020
Número de Póliza: 917

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

Se indica la edad de aceptación para las siguientes coberturas:

Cobertura	Edad
Fallecimiento	18 – Sin límite de edad
Muerte Accidental	18 – Sin límite de edad
Perdidas Orgánicas	18 – Sin límite de edad
Muerte Accidental Colectiva	18 – Sin límite de edad
Gastos Funerarios	18- Sin límite de edad

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

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

Lugar y Fecha a 15 de abril de 2020.

Funcionario Autorizado

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero de 2019, con el número CNSF-S0069-0090-2019/CONDUSEF- 003647-01".

Aseguradora Patrimonial Vida

Extracto de las Principales Cláusulas

I. COBERTURAS

1. Cobertura básica por fallecimiento (FALL)

La Aseguradora pagará las Sumas Aseguradas en vigor de esta cobertura a los Beneficiarios designados correspondientes.

Si durante el plazo del Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento del Asegurado, con base en los términos estipulados por el Contratante y La Aseguradora, y conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

Las edades de aceptación aplicarán de acuerdo a los siguientes límites de aceptación de 18 a 89 años, con cancelación a los 90 años y renovaciones hasta los 99 años.

En caso de requerir edades fuera de límites establecidos en las presentes condiciones será necesario solicitarlo por escrito para que La Aseguradora evalúe costos y condiciones de aceptación y en su caso se emita el endoso correspondiente.

Si se comprueba que, al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, especificados en la cobertura, La Aseguradora considerará rescindido el contrato con el respectivo asegurado, dejándolo fuera de las coberturas en las que hubiere rebasado la edad, devolviendo al asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

2. Coberturas Adicionales

Las Coberturas Adicionales aplican en caso de haber sido contratados y se encuentren especificadas en la carátula de la Póliza o Certificado Individual; y serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estos beneficios se encontrarán estipulados en la carátula de la Póliza, Relación de asegurados, Certificados o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

Los Límites de edad se establecen de la siguiente manera:

Las edades de aceptación para para los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente aplicarán los límites de aceptación de 18 a 64 años, con cancelación a los 65 años.

Las edades de aceptación para los beneficios adicionales de muerte accidental o pérdida orgánicas aplicarán los límites de aceptación de 18 a 70 años y renovación hasta los 90 años.

Las edades de aceptación para el Cobertura de Gastos Funerario de acuerdo a lo establecido en el endoso correspondiente.

En caso de requerir edades fuera de límites establecidos en las presentes condiciones será necesario solicitarlo por escrito para que La Aseguradora evalúe costos y condiciones de aceptación y en su caso se emita el endoso correspondiente, según lo determinado en el producto registrado.

Si se comprueba que, al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, especificados en la cobertura, La Aseguradora considerará rescindido el contrato con el

El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice.	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
ÍLa audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

Invalidez Total y Permanente

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

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

En caso de que el Asegurado no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, el periodo de espera será contado a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la Pérdida irreparable y no operará el periodo de espera, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Padecimiento preexistente

Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad o accidente:

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

En caso de que el asegurado falleciese dentro del período de espera los beneficiarios no recibirán suma asegurada alguna por concepto de esta cobertura.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES RELACIONADAS A INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMA.

Será motivo de exclusión de esta cobertura, si la Invalidez del Asegurado se produce a consecuencia de:

a) Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.

b) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.

c) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.

d) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre abordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

Aseguradora Patrimonial Vida

Muerte Accidental Colectiva (MAc)

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dicho fallecimiento haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, La Suma Asegurada contratada si la muerte por el Accidente del Asegurado.

Pérdidas Orgánicas (PO)

En caso de que el Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, El porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada correspondiente y en función a lo que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza.

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Indemnizaciones.
Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Pérdidas Orgánicas Colectivas (POc)

En caso de que el Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, El porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada correspondiente y en función a lo que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza.

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Indemnizaciones.

Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (MAyPO)

participe directamente el Asegurado.

s) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.

t) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

u) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre abordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

v) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

w) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

x) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve o tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, moticiclismo, motonáutica, buceo, charrería, pesca, casa, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, 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 o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

y) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

z) Lesiones o Accidentes por exposición a radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

aa) Suicidio o cualquier intento de Suicidio, o lesiones o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

bb) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, en caso de que ocurra el fallecimiento del cónyuge o concubina (o) del asegurado. Este pago será por una sola vez al asegurado y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

Este pago será por una sola vez a la(s) persona(s) que presente los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la suma asegurada contratada y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

En caso de existir algún remanente por ser mayor la Suma Asegurada contratada al costo del servicio, éste será entregado a los beneficiarios del Asegurado.

Intereses Moratorios

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

Competencia

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

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, Correo: contacto@apvida.mx

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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero de 2019, con el número CNSF-S0069-0090-2019/CONDUSEF- 003647-01"

Aseguradora Patrimonial Vida

SEGURO DE GRUPO VIDA GLOBALASIST_T1

Contenido

I. DEFINICIONES 3

II. CLÁUSULAS GENERALES 6

1. Contrato o Póliza 6
2. Vigencia 6
3. Renovación 6
4. Prescripción 6
5. Reconocimiento de Antigüedad 7
6. Modificaciones y Notificaciones 7
7. Prima Total 7
8. Pago de Primas 8
9. Ajuste de primas 8
10. Lugar de Pago 9
11. Periodicidad 9
12. Moneda 10
13. Rehabilitación 10
14. Competencia 10
15. Carencia de Restricciones 10
16. Indisputabilidad 10
17. Omisiones o Declaraciones Inexactas 11
18. Suicidio 11
19. Impuestos 12
20. Comisión 12
21. Prelación 12
22. Dividendos 12

23. Aviso de Privacidad 12

24. Transcripción de artículos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades 13

25. Comprobación del Siniestro 14

26. Pago del Seguro 14

III. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS 15

IV. Documentos para Reclamación 24

V. COBERTURAS 27

1. Cobertura básica por fallecimiento 27

2. Cobertura Adicionales 28

I. DEFINICIONES

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

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

- **La Aseguradora.**

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

- **Contratante**

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

- **Grupo Asegurado**

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

- **Asegurado**

Es aquella persona física integrante del grupo asegurado que cumplen con los requisitos de elegibilidad, quien firma el Consentimiento como miembro del Grupo Asegurado y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de la Póliza y certificado individual y que además que no estén afectados por estados de incapacidad o invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza.

Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de incapacidad o invalidez total y/o parcial. Sin embargo, las coberturas contratadas tendrán efecto únicamente por padecimientos

diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de incapacidad o invalidez previo. Esta limitación terminará 3 (tres) meses después de haber cesado el estado de invalidez referido.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Asegurado, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Asegurados de la Póliza. En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura por fallecimiento ni coberturas adicionales.

- **Beneficiario**

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

- **Categoría**

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

- **Contrato o Póliza de Seguro**

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

- **Certificado Individual**

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

- **Consentimiento**

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

- **Relación de Integrantes o Asegurados.**

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

- **Periodo de espera.**

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

- **Prima.**

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

- **Salario Base.**

Se entenderá como Salario Base, aquel que percibe el trabajador de manera diaria, semanal, quincenal o mensual; sin incluir gratificaciones, percepciones alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo estipulado en recibo laboral correspondiente.

- **Siniestro Cubierto.**

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

- **Suma Asegurada.**

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

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

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

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

- **Suma Asegurada Máxima (SAMI).**

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

ii. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato o Póliza

Son testimonio de este contrato: La Solicitud del Seguro, la Póliza de seguro de Grupo Vida, el Registro de Asegurados o Relación de Integrantes, los Consentimientos de designación de beneficiarios, los Certificados Individuales, Condiciones Generales, endosos, en su caso la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique y los Recibos de pago.

2. Vigencia

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

3. Renovación

La Aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, renovar el presente contrato mediante Endoso a la póliza en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades vigente a la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

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

Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades:
"La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas."

4. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en cinco años para las coberturas de fallecimiento y en dos para las demás, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley sobre el Contrato de Seguro.
El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que La Aseguradora haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de

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

5. Reconocimiento de Antigüedad

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

6. Modificaciones y Notificaciones

Toda comunicación entre La Aseguradora, el Asegurado, 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 Aseguradora cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.
Las notificaciones que La Aseguradora haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a La Aseguradora.

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosas respectivos, solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Aseguradora y éstas se hagan constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

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

7. Prima Total

La prima total del grupo será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

8. Pago de Primas

El Contratante deberá pagar la Prima anual de la(s) cobertura(s) contratadas a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en 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 anual de manera fraccionada, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que La Aseguradora determine en la fecha de emisión de cada recibo.
La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o fracciones subsecuentes. 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 deberán de efectuarse, mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien La Aseguradora 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.

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

En caso de que el pago de la Prima se realice a través de descuento por nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este seguro.

9. Ajuste de primas

Los ajustes en Primas 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, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días 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, y con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e

integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

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

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.
Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

En caso de alta o baja de Asegurados que ocurran durante el trascurso de la vigencia, se realizará un ajuste en prima, mismo que se llevará a cabo al término de la vigencia de la póliza.

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Asegurados, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de La Aseguradora. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

10. Lugar dePago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de La Aseguradora contra entrega del recibo expedido por la misma, salvo que se haya pactado hacer el pago mediante transferencia o depósito en la cuenta que La Aseguradora le proporcione al Contratante, en cuyo caso el comprobante de dicha operación será prueba del mismo.

11. Periodicidad

El Contratante podrá liquidar la prima anual de manera fraccionada, con periodicidad mensual, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que La Aseguradora determine en la fecha de emisión de cada recibo.
El contratante gozará de un periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima o de la fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades.

12. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

13. Rehabilitación

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

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

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

14. Competencia

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

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de la Institución de Seguros ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, col. Polanco Reforma, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, D.F., Tel. 01(55)41619550, Correo: contacto@apvida.mx

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

15. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

16. Indisputabilidad

El contrato durante 2 (dos) años de vigencia continúa e ininterrumpida, siempre será disputable. Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho

a que se refieren los incisos anteriores, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por La Aseguradora.
Transcurrido el plazo señalado en el párrafo precedente, el Contrato será indisputable.
De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por La Aseguradora, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, será disputable a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada.

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

17. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y/o los Asegurados al llenar el formato de Consentimiento y solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a La Aseguradora mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Esta cláusula será aplicable para aquellos asegurados que se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo, de acuerdo a lo estipulado en 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.

18. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años 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 Asegurado, La Aseguradora solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible 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 estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o se acepte la inclusión de coberturas adicionales.

19. Impuestos

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

20. Comisión

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

21. Prelación

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

22. Dividendos

Este contrato no otorga dividendo salvo pacto en contra, siempre y cuando se encuentre especificado en la carátula de la Póliza y se cumpla lo establecido en el endoso respectivo.

23. Aviso de Privacidad

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

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

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

En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.
La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de La Aseguradora, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:
I.- identificación oficial o documentación con el que se acredite la representación del Titular.
II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.
A dicha información La Aseguradora dará respuesta en un plazo máximo de 20 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.
Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se dé a su información personal.
La Aseguradora se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.apvida.mx.
Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

24. Transcripción de artículos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

ARTÍCULO 17

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

ARTÍCULO 18

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad 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.

ARTÍCULO 21

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones

en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

25. Comprobación del Siniestro

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

Tan pronto como el Asegurado 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 empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

26. Pago del Seguro

La Aseguradora pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los beneficiarios dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro.

A efecto de realizar el pago correspondiente, de conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, en ese sentido, el asegurado o beneficiario se obligan a entregar la siguiente documentación:

a) Para la cobertura de Fallecimiento copia y originales para cotejo:

I. Copia certificada del Acta de nacimiento del Asegurado.
II. Copia certificada del Acta de defunción del Asegurado.
III. Identificación oficial del beneficiario con fotografía.
IV. Comprobante de domicilio del beneficiario
V. Recibo de Nómina del Asegurado.

Con independencia de los documentos antes señalados, La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar otros documentos que le permitan determinar las circunstancias de la realización y consecuencias del siniestro, lo anterior de conformidad con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio., de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Prima anual no vencida, o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

III. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

1 Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante, la Institución 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 Institución reembolsará a éste la Prima no devengada.

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este Contrato, apegándose a lo mencionado en la cláusula Dividendos.

2 Terminación del Contrato

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para La Aseguradora, en caso de ocurrir alguno de los siguientes supuestos:

a) La Aseguradora tiene la obligación de indemnizar los siniestros procedentes que hayan ocurrido durante la vigencia del producto.

b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, La Aseguradora no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato de Seguro.

c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

d) Cuando se pague los montos correspondientes a la cobertura contratada.

d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a La Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que La Aseguradora reciba el documento. En este caso La Aseguradora en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima Neta no devengada más el Costo de Adquisición no Devengado a la fecha de cancelación, dentro del plazo de 30 días naturales contados a partir del ingreso de la solicitud de cancelación.

e) La Aseguradora podrá rescindir el contrato, en caso de agravación esencial del riesgo en términos de lo dispuesto por los artículos 52, 53 y 56 de la Ley sobre el Contrato de seguro, cuando se rescinda el contrato por agravación esencial del riesgo, la responsabilidad de La Aseguradora terminará quince días después de la fecha en que se comunique la resolución al Asegurado.

3 Reporte de Movimientos

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

4 Altas

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

5 Bajas

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 Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Institución 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 serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

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

6 Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, La Aseguradora mantendrá un registro de asegurados, el cual contendrá los siguientes datos.
a) Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y edad de cada uno de los miembros del Grupo.
b) Suma Asegurada o regla para determinarla.
c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo y fecha de terminación de los mismos.
d) Número del certificado individual.
e) Coberturas amparadas

7 Verificación o Ajuste por edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado y en su caso del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual.
Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado deberán comprobarse legalmente, pudiendo ser en cualquier momento. Una vez comprobada la edad de un asegurado, la aseguradora hará la anotación correspondiente y no podrá exigir que se vuelva a comprobar la edad del asegurado.

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

La edad declarada por el Asegurado o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o durante la reclamación del siniestro. En el primer caso, La Aseguradora hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o extenderá al Asegurado 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 Asegurado o Contratante Asegurado.
Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado o Contratante Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, La Aseguradora rescindirá el Certificado individual del Asegurado de que se trate y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.
Si la edad verdadera del Asegurado o Contratante Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por La Aseguradora al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indican:
a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real. la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, 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 más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas 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.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario La Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

8 Designación de Beneficiarios

El Asegurado deberá desde su ingreso al grupo asegurable, firmar su Consentimiento para ser asegurado y designar Beneficiarios, registrando el nombre completo de sus Beneficiarios, en el formato que para tal efecto sea proporcionado por el Contratante.

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a La Aseguradora. 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 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado que desee cambiar a sus Beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante quien a su vez deberá notificar a La Aseguradora en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Aseguradora elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

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

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, La Aseguradora pagará la cobertura por fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a La Aseguradora, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios 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 Asegurado haya dispuesto otra cosa.

ADVERTENCIA

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

9 Acción Directa de los Beneficiarios

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

10 Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiario(s) designado(s) o si solo se hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que el Asegurado haya renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

11 Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de Beneficiarios mediante notificación a La Aseguradora a través de su contratante o intermediario, la cual pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándolo a La Aseguradora y al propio Beneficiario, para su anotación correspondiente.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En el primer caso el importe del seguro para el Contratante no podrá ser mayor al saldo insoluto correspondiente.

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

12 Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a La Aseguradora dentro de un plazo de 5 días posteriores a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

13 Pago de la Suma Asegurada

La Aseguradora pagará el a los Beneficiarios o al Asegurado, la indemnización que proceda posterior a los 30 días siguientes a aquel en el que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

14 Pruebas

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

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

15 Pagos indebidos

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

16 Régimen Fiscal

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado o a sus Beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

17 Interés Moratorio

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

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, La Aseguradora pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, La Aseguradora estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por La Aseguradora sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice La Aseguradora se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

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

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

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

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

18 Administración de la Póliza:

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Integrantes, relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste y establecido en la póliza y certificado individual, y podrá ser administrada de acuerdo a los sistemas siguientes:

a) Sistema Normal
Mediante este sistema la Institución administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados y en su caso el pago de Dividendos.
Para este sistema, el Contratante deberá notificar a la Institución una vez al mes los movimientos de altas, bajas y aumentos de Suma Asegurada de alguno de los Integrantes durante la vigencia de la Póliza.

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Asegurados que se aseguran, Quedarán cubiertos todos los Asegurados que el Contratante reporte a La Aseguradora y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas 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, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, 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 se le aplicará la tasa de financia miento por pago fraccionado, pactada entre la Institución y el Contratante al momento de celebra r el Contrato.

La Aseguradora se compromete a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad establecida en la carátula de la Póliza.

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

En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada Máxima aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado. La indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Asegurados y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

b) Sistema a Declaración
Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

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

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

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

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

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

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

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

c) Sistema autoadministrado

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante.

Bajo este esquema El Contratante se comprometerá a administrar y resguardar los documentos consistentes en los Consentimientos y designación de beneficiarios y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato, el contratante entregará el original al beneficiario haciendo constar que es la última que elaboró el asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

IV. Documentos para Reclamación

1 Documentos para Reclamación de Siniestros Para Fallecimiento

Se deberá entregar la documentación siguiente:

a) Copia Certificada del acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios (no mayor a 1 año de antigüedad)
b) Copia certificada del acta de defunción del Asegurado y Copia del Certificado Médico de Defunción.
c) Recibos de nómina del Asegurado.
d) Solicitud de pago del Asegurado o Beneficiario(s) debidamente requisitado en formato establecido por La Aseguradora;
e) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad;

f) Documento original que permita comprobar el parentesco de los Beneficiarios con el Asegurado (artículo 167 Fracción XVI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta)
g) Consentimiento original con firma del asegurado donde se establezca la designación de beneficiarios.
h) Copia Certificada del acta de matrimonio del Beneficiario en caso de aplicar (no mayor a 1 año de antigüedad).
i) RFC con homoclave y CURP de beneficiarios y Asegurado

2 Documentos para Reclamación de Siniestros de Coberturas Adicionales

En caso de muerte accidental, los Beneficiarios o su representante legal, deberán entregar adicionalmente a lo establecido para la cobertura por Fallecimiento, se deberá presentar lo siguiente:

Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos, actuaciones de la averiguación previa o carpeta de investigación realizadas por el agente del Ministerio Público que haya tomado conocimiento del evento en su caso.

Por concepto de gastos funerarios o coberturas de Apoyo, los Beneficiarios que tengan derecho al citado pago, deberán entregar adicionalmente a lo indicado en la cobertura por fallecimiento:

- La factura o comprobante de los gastos funerarios erogados con los requisitos fiscales correspondientes
-En caso de aplicar Copia Certificada del Acta de Matrimonio.

Para Invalidez Total y Permanente
Para el pago de la suma asegurada por Invalidez Total y/o Permanente del Asegurado, se deberá entregar a La Aseguradora la documentación siguiente:

a) Copia Certificada del acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios (no mayor a 1 año de antigüedad)
b) Copia legible de la Identificación oficial vigente con fotografía del Asegurado y Beneficiario(s): credencial para votar, cédula profesional, pasaporte y original para cotejar;
c) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad;
d) Documento original que permita comprobar el parentesco de los Beneficiarios con el Asegurado (artículo 167 Fracción XVI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta)
e) Consentimiento original con firma del asegurado donde se establezca la designación de beneficiarios.
f) Copia Certificada del acta de matrimonio del Beneficiario en caso de aplicar (no mayor a 1 año de antigüedad).
g) RFC con homoclave y CURP de beneficiarios y Asegurado
h) Constancia del dictamen de invalidez total y/o permanente, expedida por el médico autorizado o institución de seguridad social. Dictamen médico emitido por el IMSS o el ISSSTE en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el asegurado, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución

de seguridad social como IMSS o ISSSTE, deberá exhibir Dictamen médico emitido por un médico con especialidad en medicina del trabajo.

Acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez Total y permanente, así como un periodo de espera establecido para la cobertura, y que su realización no haya sido originada por las causas consideradas dentro de las exclusiones establecidas para este mismo beneficio.
El dictamen deberá de incluir la siguiente información:

i. Fecha de inicio del padecimiento ajeno al trabajo que incluya su descripción clínica o si es riesgo de trabajo, la fecha de inicio del riesgo de trabajo, así como fecha de su calificación.
ii. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico.
iii. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico.
iv. Indicar las secuelas irreversibles incapacitantes valuadas conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la incapacidad total permanente.
v. Nombre y firma del médico especialista autorizado y nombre y firma del médico especialista tratante, así como lugar y fecha de la realización del dictamen.

La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 45 días naturales a partir del requerimiento, que su Invalidez Total y permanente continúa. Si el Asegurado se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez Total y permanente, cesarán automáticamente los derechos que le concede este beneficio.

Adicional al dictamen presentado, el Asegurado deberá presentar a La Aseguradora todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que La Aseguradora evaluará por un médico especialista en la materia y, en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el 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, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora para estos efectos, En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, La Aseguradora cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

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 las coberturas por Invalidez Total y Permanente que hubieran sido contratadas.

En caso de que el Asegurado sufra la invalidez con motivo de un accidente y se haya levantado el acta ante el ministerio público, o bien acta de hechos, deberá presentarse Actuaciones de la Averiguación Previa o carpeta de investigación realizadas por el Agente del Ministerio Público que haya tomado conocimiento del evento en su caso, como complemento a la documentación que se integre para la reclamación ante La Aseguradora, con la finalidad de conocer las circunstancias del mismo.

Para el inicio de la invalidez se tomará la fecha del dictamen de la misma, y sólo se indemnizarán los siniestros por invalidez dictaminados dentro de la vigencia de la póliza.

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

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

La Aseguradora pagará a la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

La Prima anual no vencida, o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

V. COBERTURAS

1. Cobertura básica por fallecimiento (FALL)

La Aseguradora pagará las Sumas Aseguradas en vigor de esta cobertura a los Beneficiarios designados correspondientes.

Si durante el plazo del Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento del Asegurado, con base en los términos estipulados por el Contratante y La Aseguradora, y conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

Las edades de aceptación aplicarán de acuerdo a los siguientes límites de aceptación de 18 a 89 años, con cancelación a los 90 años y renovaciones hasta los 99 años.

En caso de requerir edades fuera de límites establecidos en las presentes condiciones será necesario solicitarlo por escrito para que La Aseguradora evalúe costos y condiciones de aceptación y en su caso se emita el endoso correspondiente.

Si se comprueba que, al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, especificados en la cobertura, La Aseguradora considerará rescindido el contrato con el respectivo asegurado, dejándolo fuera de las coberturas en las que hubiere rebasado la edad, devolviendo al asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

2. Coberturas Adicionales

Las Coberturas Adicionales aplican en caso de haber sido contratados y se encuentren especificadas en la carátula de la Póliza o Certificado Individual; y serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estos beneficios se encontrarán estipulados en la carátula de la Póliza, Relación de asegurados, Certificados o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

Los Límites de edad se establecen de la siguiente manera:

Las edades de aceptación para para los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente aplicarán los límites de aceptación de 18 a 64 años, con cancelación a los 65 años.

Las edades de aceptación para los beneficios adicionales de muerte accidental o pérdida orgánicas aplicarán los límites de aceptación de 18 a 70 años y renovación hasta los 90 años.

Las edades de aceptación para el Cobertura de Gastos Funerario de acuerdo a lo establecido en el endoso correspondiente.

En caso de requerir edades fuera de límites establecidos en las presentes condiciones será necesario solicitarlo por escrito para que La Aseguradora evalúe costos y condiciones de aceptación y en su caso se emita el endoso correspondiente, según lo determinado en el producto registrado.

Si se comprueba que, al expedirse la póliza, la edad real del asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, especificados en la cobertura, La Aseguradora considerará rescindido el contrato con el respectivo asegurado, dejándolo fuera de las coberturas en las que hubiere rebasado la edad, devolviendo al asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

En caso de muerte accidental, el plazo de ocurrencia del fallecimiento podrá ampliarse previo acuerdo entre las partes, lo cual se hará constar en la Póliza y certificado individual correspondiente.

DEFINICIONES ADICIONALES

Accidente.

Por accidente se entiende todo acontecimiento ocurrido en la vigencia del seguro contratado para el grupo asegurable, las cuales deben ser provenientes de una causa externa, súbita, violenta, fortuita, independiente e involuntaria para el Asegurado, y que esta le produzca lesiones corporales, invalidez total y permanente, o bien que produzca el fallecimiento al propio Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Colectivo

Por accidente Colectivo se entiende accidente que tuviere el Asegurado:

a) viajando como pasajero en un vehículo público, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para el servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
b) viajando como pasajero en un ascensor para servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores de las minas; o
c) En caso de Incendio en cualquier teatro, hotel y otro edificio público, en el cual se encontraba el Asegurado al momento del incendio definiéndose como edificio público aquel donde cualquier persona tenga acceso sin restricción.
d) Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes en forma simultánea y que se determine por autoridad competente que han muerto a consecuencia de un accidente.

Anquilosis

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

Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

a) La pérdida de una mano por separación completa o su anquilosis en la articulación de la muñeca o arriba de ella;

b) La pérdida de un pie por separación completa o su anquilosis en la articulación del tobillo o arriba de él;

c) La pérdida de los dedos por separación completa o la anquilosis de dos falanges de la misma mano, cuando menos;

d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

TABLA DE INDEMNIZACIONES para Pérdidas Orgánicas:

Por la pérdida de:	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice.	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
ÍLa audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%

El índice y otro dedo de una mano que no sea el	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

Invalidez Total y Permanente

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

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

En caso de que el Asegurado no esté inscrito en una Institución de Seguridad Social, el periodo de espera será contado a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la Pérdida irreparable y no operará el periodo de espera, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Padecimiento preexistente

Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad o accidente:

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

Síntoma

Referencia que da un Asegurado o médico tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.

Síntomas

Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento diagnosticado por un médico.

COBERTURAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (ITP)

Si durante la vigencia del certificado, le es diagnosticada al asegurado una invalidez total y permanente, La Aseguradora pagará como anticipo, la Suma Asegurada contratada por la cobertura por fallecimiento, de acuerdo a lo establecido en la definición de Invalidez total y permanente cumpliendo el periodo de espera 6 meses, salvo convenio expreso en endoso correspondiente, y especificado en la carátula de póliza y certificado correspondiente.

Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente por accidente (ITP_{Acc})

Si durante la vigencia del certificado, le es diagnosticada al asegurado una invalidez total y permanente siempre y cuando haya sido por causa de un Accidente dentro de la vigencia del certificado, La Aseguradora pagará como anticipo, la Suma Asegurada contratada por la cobertura por fallecimiento, y de acuerdo a lo establecido en la definición de Invalidez total y permanente cumpliendo el periodo de espera 6 meses, salvo convenio expreso en endoso correspondiente, y especificado en la carátula de póliza y certificado correspondiente.

Exención de Pago de primas por Invalidez Total y Permanente ($EITP_5$)

Si durante la vigencia del certificado, le es diagnosticada al asegurado una invalidez total y permanente, La Aseguradora conviene en eximir al Asegurado del pago de primas durante cinco años, de la cobertura por fallecimiento, que venzan después de que se declaró el estado de invalidez total y permanente y a partir de la fecha en que sean presentadas las pruebas de existencia de dicha invalidez en apego a lo establecido en la definición de invalidez total y permanente.

Para la presente cobertura aplica un periodo de espera de espera 6 meses, salvo convenio expreso en endoso correspondiente, y especificado en la carátula de póliza y certificado correspondiente.

El pago de la prima se suspenderá al hacerse efectivo este beneficio con la aparición del estado de Invalidez Total y Permanente o al cesar el derecho a este beneficio y en apego a los Requisitos para reclamación.

El pago de la prima se suspenderá al hacerse efectivo este beneficio con la aparición del estado de Invalidez Total y Permanente o al cesar el derecho a este beneficio y en apego a los Requisitos para reclamación y quedará a cargo de la Aseguradora.

Al otorgarse la póliza del Seguro de Vida Temporal a 5 años, el certificado individual del Asegurado quedará sin efecto y termina cualquier obligación por parte de la Aseguradora en lo correspondiente en la póliza de Seguro de Vida Grupo en la que se presentó la invalidez.

La Aseguradora cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total y Permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente de que ha desaparecido el estado de Invalidez Total o Permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura por invalidez.

En caso de que el asegurado falleciese dentro del período de espera los beneficiarios no recibirán suma asegurada alguna por concepto de esta cobertura.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES RELACIONADAS A INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMA.

Será motivo de exclusión de esta cobertura, si la Invalidez del Asegurado se produce a consecuencia de:

a) **Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

b) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.**

c) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.**

d) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).**

e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre abordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.**

f) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que**

participe directamente el Asegurado.

g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

i) Estados de Invalidez Parciales o Incapacidades Laborales que se hayan presentado en los últimos seis meses antes del alta del Certificado o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del certificado.

j) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

k) Lesiones por radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

l) Cualquier intento de Suicidio, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

m) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.

n) Lesiones por cualquier alteración psicológica.

o) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas substancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se

considerará Culpa Grave.

p) **Invalidez a consecuencia de padecimientos o enfermedades preexistentes.**

COBERTURAS ADICIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL

Muerte Accidental (MA)

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento del asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del asegurado haya ocurrido por accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, salvo pacto en contra establecido en endoso correspondiente.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el asegurado en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del asegurado.

La suma asegurada para esta cobertura será la señalada en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Muerte Accidental Colectiva (MAc)

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dicho fallecimiento haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, La Suma Asegurada contratada si la muerte por el Accidente delAsegurado.

Pérdidas Orgánicas (PO)

En caso de que el Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, El porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada correspondiente y en función a lo que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza.

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Indemnizaciones.

Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Pérdidas Orgánicas Colectivas (POc)

En caso de que el Asegurado sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, El porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada correspondiente y en función a lo que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza.

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Indemnizaciones.

Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (MAyPO)

En caso de que el Asegurado fallezca o sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dicho fallecimiento haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra establecido en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, La Suma Asegurada contratada por muerte accidental o el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Pérdidas.

Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Colectivas (MAyPOc)

En caso de que el Asegurado fallezca o sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente Colectivo, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dicho fallecimiento haya sido dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, salvo pacto en contra indicado en endoso correspondiente, La Aseguradora pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, La Suma Asegurada contratada por muerte accidental o el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada e indicada en Carátula de Póliza

En caso de sufrir el Asegurado varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de La Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla de Pérdidas.
Cualquier indemnización pagada por La Aseguradora, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a La Aseguradora.
La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

EXCLUSIONES Aplicables a las coberturas adicionales de muerte accidental y/o perdidas orgánicas, Muerte accidental colectiva.

Será motivo de exclusión de esta cobertura, si el fallecimiento o la pérdida orgánica en el Asegurado se produce a consecuencia de:

q) **Accidentes ocasionados al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

r) **Accidentes sufridos en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.**

s) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.**

t) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

u) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre abordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

v) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

w) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

x) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve o tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, moticiclismo, motonáutica, buceo, charrería, pesca, casa, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, 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 o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

y) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

z) Lesiones o Accidentes por exposición a radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

aa) Suicidio o cualquier intento de Suicidio, o lesiones o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

bb) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

cc) Lesiones o Accidentes por cualquier alteración psicológica.

dd) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas substancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.

ee) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.

ff) Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca de accidentes después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.

gg) Lesiones que se provoque el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

hh) En la cobertura de Muerte Accidental Colectiva, no se cubre el fallecimiento ocurrido en viajes aéreos comerciales o privados.

Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de La Aseguradora, en las coberturas por Accidental o Accidente Colectivo, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente para estas coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos de los beneficios cubiertos.

COBERTURA ADICIONAL DE APOYO PARA GASTOS FUNERARIOS

Apoyo a Gasto Funerario por Fallecimiento del Titular (UGFA)

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado fallece. Este pago será por una sola vez a la(s) persona(s) que presente los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la suma asegurada contratada y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

En caso de existir algún remanente por ser mayor la Suma Asegurada contratada al costo del servicio, éste será entregado a los beneficiarios del Asegurado.

Apoyo por Fallecimiento del Cónyuge o Concubina (o) (UGFCony)

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, en caso de que ocurra el fallecimiento del cónyuge o concubina (o) del asegurado. Este pago será por una sola vez al asegurado y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

Este pago será por una sola vez a la(s) persona(s) que presente los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la suma asegurada contratada y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

En caso de existir algún remanente por ser mayor la Suma Asegurada contratada al costo del servicio, éste será entregado a los beneficiarios del Asegurado.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero de 2019, con el número CNSF-S0069-0090-2019/CONDUSEF- 003647-01".

En caso de existir algún remanente por ser mayor la Suma Asegurada contratada al costo del servicio, éste será entregado a los beneficiarios del Asegurado.

Apoyo por Fallecimiento del Cónyuge o Concubina (o) (UGFCony)

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, en caso de que ocurra el fallecimiento del cónyuge o concubina (o) del asegurado. Este pago será por una sola vez al asegurado y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

Este pago será por una sola vez a la(s) persona(s) que presente los comprobantes de los Gastos Funerarios hasta por la suma asegurada contratada y siempre cuando el fallecimiento ocurra cuando esté en vigor el seguro contratado.

En caso de existir algún remanente por ser mayor la Suma Asegurada contratada al costo del servicio, éste será entregado a los beneficiarios del Asegurado.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero de 2019, con el número CNSF-S0069-0090-2019/CONDUSEF- 003647-01".