

VERSIÓN DIGITAL

Grandes Negocios

**Condiciones Generales
Seguro de Vida Grupo
Experiencia Propia**

Donde tú estés...
**estamos
Contigo**



Seguros de Vida



**GENERAL
DE SEGUROS**





Índice

I. Definiciones	8
II. Descripción de la Cobertura	10
COBERTURA POR FALLECIMIENTO	10
III. Cláusulas Generales	10
1. CONTRATO	10
2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	10
3. OBJETO DEL SEGURO	10
4. CARENCIA DE RESTRICCIONES	11
5. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN	12
6. SUICIDIO	12
7. CAMBIO DE CONTRATANTE	12
8. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	12
9. REGISTRO DE ASEGURADOS	13
10. INGRESO DE ASEGURADOS	14
11. BAJA DE ASEGURADOS	14
12. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL	15
13. LÍMITE DE PROTECCIÓN INICIAL	15
14. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA	15
15. PRIMA	16
16. CERTIFICADOS INDIVIDUALES	17
17. BENEFICIARIOS	18
18. PAGO A BENEFICIARIOS	19
19. EDAD	19
20. MONEDA	20
21. COMPETENCIA	20
22. MODIFICACIONES	21
23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	21
24. PRUEBAS	21
25. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	22
26. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES	22
27. CONDICIONES DE RENOVACIÓN	24

Condiciones Generales

28. PRESCRIPCIÓN	24
29. INDEMNIZACIÓN POR MORA	25
30. PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL	27
31. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS	27
32. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	28
33. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	28
34. INDISPUTABILIDAD	28
35. CANCELACIÓN DE PÓLIZA	28
36. PRECEPTOS LEGALES	29
37. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	29
38. COMUNICACIONES	29
39. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF	29
40. ENTREGA DE PÓLIZA	30

IV. Vigencia 30

Beneficios Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) 31

DESCRIPCIÓN	31
BENEFICIO	31
PRUEBAS	32
EXCLUSIONES	32
TERMINACIÓN	33
LÍMITE DE EDAD	33

Beneficios Adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (BPAI) 34

DESCRIPCIÓN	34
BENEFICIO	34
PRUEBAS	35
EXCLUSIONES	35
TERMINACIÓN	36
LÍMITE DE EDAD	36



Beneficio Adicional por Muerte Accidental (MA)	37
DESCRIPCIÓN	37
BENEFICIO	37
EXCLUSIONES	37
TERMINACIÓN	38
LÍMITE DE EDAD	38
Beneficio Adicional de Doble Indemnización por Accidente (DI)	39
DESCRIPCIÓN	39
BENEFICIO	39
EXCLUSIONES	40
TERMINACIÓN	41
LÍMITE DE EDAD	41
Beneficios Adicional por Triple Indemnización por Accidente Colectivo (TI)	42
DESCRIPCIÓN	42
BENEFICIO	42
EXCLUSIONES	43
TERMINACIÓN	44
LÍMITE DE EDAD	44
Beneficio Adicional de Indemnización por Hospitalización de Neumonía y COVID-19	45
DEFINICIONES	45
BENEFICIO	46
PERIODO DE ESPERA	46
EXCLUSIONES	47
TERMINACIÓN	47
Convenio de Auto-Administración	48
1. EMISIÓN DE LA PÓLIZA	48
2. MOVIMIENTOS	49

Condiciones Generales

3. INCREMENTOS INDIVIDUALES DE SUMA ASEGURADA	50
4. RENOVACIONES	50
5. AJUSTE DE PRIMAS	50
6. CAMBIO DE BENEFICIARIOS	51
7. SINIESTROS	51



Registros del producto

CNSF-S0009-0381-2013 / CONDUSEF-002315-05

CGEN-S0009-0064-2015

RESP-S0009-0168-2016

BADI-S0009-0029-2021

I. Definiciones

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente póliza de seguros:

1. ASEGURADO

Es la persona que está expuesta al riesgo cubierto por la presente póliza y cada una de estas personas integran el grupo asegurable.

2. CERTIFICADO

Documento que expide La Compañía para cada integrante del grupo asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza.

3. CONSENTIMIENTO

Documento en el que los integrantes del grupo asegurable dan su autorización para quedar asegurados y designan a sus beneficiarios.

4. CONTRATANTE

Es la persona física o moral que celebra el contrato de Seguro de Grupo con una Aseguradora; ésta persona representa legalmente al grupo asegurable, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan de él.

5. GRUPO ASEGURABLE

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Los grupos asegurables serán los que tengan las siguientes características:

- El número mínimo de integrantes es de 500 o más miembros del grupo.

- El número mínimo de integrantes para tener derecho a dividendos es de 1,000 o más miembros del grupo.
- Deberá estar constituido por lo menos del 75% cuando el grupo esté formado por miembros activos y del 100% de los miembros cuando el grupo incluya jubilados.
- El contratante deberá ser una empresa bajo razón social legalmente constituida.
- El objeto del seguro deberá ser de carácter contractual.

6. GRUPO ASEGURADO

Son los integrantes del Grupo Asegurable que cumplen con los requisitos especificados por el Contratante, que otorgan su consentimiento expreso para ser asegurados, y que han sido considerados para el cálculo de la Prima de la póliza. No formará parte del Grupo Asegurado la persona que se encuentre en un proceso o estado de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la póliza.

Si durante la vigencia de la Póliza las características del Grupo Asegurado cambian de tal manera que ya no se cumplen los requisitos para ser Grupo Asegurable, la Póliza continuará en vigor hasta el término de la vigencia. Si continúan sin cumplirse los requisitos, la póliza no podrá renovarse.

7. LA COMPAÑÍA

General de Seguros, S.A.B.



8. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada miembro del Grupo Asegurado se determinará de acuerdo a la regla establecida en la carátula de la póliza, solicitada por el Contratante y aceptada por La Compañía, misma que aparece expresada en el certificado.

9. BENEFICIARIO

Persona física o moral designada en la póliza por el Asegurado o Contratante como titular de los derechos indemnizatorios.

10. SUMA ASEGURADA MÁXIMA

La Compañía establecerá la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos

(SAMI), con base en los criterios que para ello determine. La SAMI es la que se señala en la carátula de la póliza.

11. REGLAMENTO

“Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2009.

II. Descripción de la Cobertura

COBERTURA POR FALLECIMIENTO

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el mismo, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de que un Beneficiario resulte implicado legalmente, sea procesado y se le declare culpable por el fallecimiento del Asegurado, su parte será pagada a la sucesión legal del Asegurado.

III. Cláusulas Generales

1. CONTRATO

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato del seguro celebrado entre el contratante y La Compañía, el cual, sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del contratante, y un endoso autorizado por La Compañía.

2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

(ARTÍCULO 25 DE LA 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 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.

3. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía pagará al beneficiario designado por el asegurado o en su caso al propio asegurado, la suma asegurada estipulada en el certificado para la cobertura por fallecimiento y beneficios adicionales contratados, después de que reciba las pruebas de hecho y de la causa que dio origen a la realización de la eventualidad cubierta, siempre que el certificado se encuentre en vigor al momento de la realización del siniestro.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad



física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de La Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

4. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

EXCEPCIÓN A CARENCIA DE RESTRICCIONES

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

5. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

6. SUICIDIO

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de este Contrato y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado individual, en la fecha que ocurra el fallecimiento. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

7. CAMBIO DE CONTRATANTE

Con apego a lo establecido en el Artículo 20 del Reglamento, para el caso de los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante La Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los Artículos 7 y 8 de dicho Reglamento.

8. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El contratante tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Remitir información periódica respecto de lo siguiente:

Condiciones Generales

- B.** Suma asegurada o regla para determinarla;
- C.** Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- D.** Operación y plan de seguros de que se trate;

- E.** Número de Certificado individual, y
- F.** Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregarle copia de este registro.

10. INGRESO DE ASEGURADOS

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo 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 Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. (Art. 17 del Reglamento).

Lo anterior, también aplica a los beneficios adicionales de Accidentes y de Invalidez Total y Permanente.

11. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (Art. 18 del Reglamento). Y su baja será efectiva en la fecha en que concluya la cobertura de la última prima pagada.



12. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL

En el Seguro de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

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

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a La Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación (Art. 19 del Reglamento).

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de La Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El solicitante deberá pagar a La Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

13. LÍMITE DE PROTECCIÓN INICIAL

Con apego a lo establecido en el Artículo 5o del Reglamento, en lo relativo a evitar fenómenos de selección adversa para La Compañía, las personas que formen parte del Grupo Asegurable y cuyo consentimiento reciba La Compañía, quedarán asegurados a partir de la fecha en que formen parte del citado grupo hasta por la SAMI. La Suma Asegurada en exceso se otorgará una vez satisfechas las pruebas de asegurabilidad establecidas por La Compañía.

Los incrementos de Suma Asegurada que el Contratante solicite por escrito a La Compañía solo podrán realizarse hasta el aniversario de la póliza, La Compañía se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar mayor información para valorar la aceptación de los mismos.

14. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA

La prima total del Grupo así como las primas que correspondan a cada Integrante del mismo se obtendrán de acuerdo a lo establecido en la nota técnica respectiva y el Contratante será el responsable de realizar el pago.

En cada fecha de vencimiento del contrato, La Compañía podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

El cálculo de la prima de tarifa correspondiente a los nuevos Integrantes del Grupo, así como la de aquellos que dejen de formar parte de los mismos de

Condiciones Generales

manera definitiva, se sujetará a las normas técnicas y operativas establecidas por La Compañía.

15. PRIMA

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza y en su caso, la tasa de financiamiento por el pago de la prima fraccionada en parcialidades. Anualmente se cobrará adicionalmente a la prima del seguro, un recargo fijo por concepto de administración, mismo que se establece en la Nota técnica correspondiente registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Asegurado deberá pagar la prima anual al momento de inicio de vigencia de las coberturas y durante el plazo de pago estipulado en la carátula, salvo que este contrato se dé por terminado antes de cumplirse este plazo.

Los pagos deben de hacerse en las oficinas de La Compañía como se señala en la caratula de la póliza a cambio de un recibo expedido por la misma.

ARTÍCULO 34, 35 36, 37 Y 38 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

ARTÍCULO 34

La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

ARTÍCULO 35

La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

ARTÍCULO 36

Las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

ARTÍCULO 37

La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

ARTÍCULO 38

En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los periodos deberá ser de igual duración.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato



cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros). Si el Asegurado opta por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas excepto la primera, vencerá al comienzo del periodo que corresponda, si el pago no se ha realizado los efectos del contrato cesarán automáticamente.

En caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

El contratante podrá elegir que la forma de pago sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, de débito o mediante descuento por nómina, para lo cual el asegurado deberá dar su consentimiento para el cargo correspondiente a través del Formato de Cargo a Tarjeta. En el caso del Descuento por Nómina, el asegurado hará del conocimiento al empleador su autorización para que se realice el descuento de la prima del seguro a través del Formato Descuento por Nómina. La efectividad de dicho pago no será responsabilidad de La Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria o Empresa no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Asegurado podrá cubrir directamente en las oficinas de La Compañía el importe de las primas correspondientes.

El estado de cuenta o recibo de nómina en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto La Compañía no emita el recibo correspondiente.

16. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

LA COMPAÑÍA expedirá un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo asegurado y deberá contener la siguiente información:

- A.** Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía;
- B.** Firma del funcionario autorizado de La Compañía;
- C.** Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- D.** Nombre del Contratante;
- E.** Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- F.** Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- G.** Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- H.** Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.

Asimismo, el referido Certificado, deberá incluir las principales cláusulas de la póliza.

El Contratante una vez recibido dicho Certificado lo hará llegar a cada Asegurado. Es obligación del Contratante entregar los Certificados a los asegurados o hacer de su conocimiento la información contenida en los mismos, quien para dar cumplimiento a tal obligación, entregará el documento anterior con acuse de recibo a cada asegurado. En cualquier caso, el Asegurado podrá solicitar a La Compañía el certificado correspondiente.

17. BENEFICIARIOS

Cada miembro del grupo debe y es el único que puede designar a su o sus propios beneficiario dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados, mediante solicitud por escrito, que juntamente con el certificado respectivo deberá remitir a La Compañía para la anotación correspondiente, tanto en el certificado como en el registro anexo a la póliza, y una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al asegurado por conducto del Contratante.

El Contratante podrá ser designado beneficiario únicamente cuando el objeto del seguro sea garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales contractuales o voluntarias concedidas por el mismo. En este caso el importe del seguro para éste, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, La Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte que fallezca antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio a la indemnización derivada del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIA:

El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.



18. PAGO A BENEFICIARIOS

La Compañía pagará la suma Asegurada al último Beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberado de las obligaciones contraídas en el Certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, está ya no surtirá efecto.

El pago de la suma Asegurada se hará a los Beneficiarios en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del siniestro.

Si algún Beneficiario llegó con vida al momento del Siniestro pero falleció antes de poder cobrar su proporción de Suma Asegurada, el pago se realizará a la sucesión legal de dicho Beneficiario.

Si algún Beneficiario falleció antes de ocurrir el Siniestro, su proporción de Suma Asegurada se repartirá entre los demás Beneficiarios vivos de acuerdo a la proporción de cada uno de ellos.

19. EDAD

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Los límites de admisión fijados por La Compañía se establecen en la carátula de la póliza.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar fehacientemente antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso La Compañía hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el siniestro por el fallecimiento del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, La Compañía en este caso, rescindirá el contrato y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado difiere de la edad declarada pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las reglas contenidas en el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dice:

- A.** Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague 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 solicitar la devolución de lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

Condiciones Generales

- 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 rembolsar 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 siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;
- D.** Si con posterioridad al fallecimiento 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 el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

20. MONEDA

El pago de la prima y de la indemnización a que haya lugar con motivo de esta póliza y, en su caso, de los certificados individuales, será liquidable en los términos de la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. El seguro será en moneda nacional.

21. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución de Seguros de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quién ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.



22. MODIFICACIONES

En términos del Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier cambio o modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, el Agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Al momento de la reclamación por el fallecimiento de algún Asegurado, será obligación de los beneficiarios presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma, de acuerdo a lo ordenado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

A. DEL ASEGURADO FALLECIDO:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento
- Identificación oficial

B. DEL BENEFICIARIO:

- Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.
- Identificación oficial
- Acta de nacimiento
- Acta de matrimonio (Únicamente si el beneficiario es el Cónyuge)

ARTÍCULO 69

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

La compañía pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios o al propio Asegurado, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

24. PRUEBAS

El reclamante presentará a La Compañía, además de las formas de la declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y

Condiciones Generales

del derecho de quienes solicitan el pago. El costo de la obtención de documentos oficiales correrá por cuenta del Beneficiario.

Se deberán presentar pruebas de que el siniestro por el que se reclama, ocurrió dentro de la vigencia de la póliza.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive 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 Compañía de cualquier obligación.

25. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta póliza.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco por parte del Contratante de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a la Compañía, obliga al Contratante a reintegrar el pago a La Compañía.

26. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

El Contratante podrá optar por alguna de las siguientes modalidades de contratación:

1. CON DIVIDENDOS.

El Contratante y los Asegurados, en su caso, participarán anualmente de las utilidades por mortalidad favorable que se obtengan de su póliza o del conjunto de pólizas del grupo empresarial al que pertenezca, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Aplicando para tal efecto la fórmula que se señala en la carátula de la póliza.

La fórmula que se establece en la carátula de la póliza, considera que el dividendo será igual a un porcentaje multiplicado por la diferencia entre la prima de riesgo y los siniestros ocurridos. Asimismo, se señala que la prima de riesgo de dividendos es igual a la prima devengada durante la vigencia de la póliza multiplicada por el resultado de restarle a la unidad los porcentajes del costo de adquisición, costo de administración y margen de utilidad.

El monto de siniestros considerará, salvo pacto en contrario, los Siniestros Ocurridos, incluyendo los que estén pendientes de pago.

El cálculo y el pago de los dividendos se harán al final de la vigencia de la póliza y para su cálculo no se considerarán ni la prima correspondiente a los excedentes de Suma Asegurada Máxima señalada en la carátula de la póliza,



ni el monto excedente de dicha Suma Asegurada Máxima de cada uno de los siniestros considerados en el cálculo del dividendo.

El pago de los dividendos no está sujeto a la renovación de la póliza.

No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.

El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en la que contribuyan al pago de la prima, podrán participar de las utilidades que se obtengan. El pago de los dividendos está sujeto al pago de la prima en su totalidad.

Cuando los Asegurados no participen en el pago de la prima, el dividendo se pagará mediante alguno de los siguientes medios:

- Con cheque nominativo a favor del Contratante; o
- Abono a la cuenta que para tal efecto proporcione el Contratante; o
- Su importe será aplicado al pago de las primas subsecuentes, hasta por el monto del dividendo al que tenga derecho el Contratante.

Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima y existan dividendos, la Compañía cumplirá con su obligación de pagar los dividendos a los Asegurados, entregando al Contratante el importe total de éstos, señalando los montos que les correspondan a cada uno de los Asegurados.

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a los dividendos de cada uno de los Asegurados que forman parte del Grupo Asegurado, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a la Compañía de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de la Compañía por este concepto.

Cualquier pago por este concepto realizado indebidamente, obliga al Contratante y a los Asegurados a reintegrar de inmediato el pago a la Compañía.

CLAUSULA ESPECIAL DE DIVIDENDOS.

En caso de que el contratante haya elegido la opción de participar de las utilidades por mortalidad favorable que obtenga la aseguradora, ésta no realizará pagos por este concepto a una persona distinta al contratante de la póliza.

2. SIN DIVIDENDOS.

Si el Contratante así lo desea, podrá solicitar la cobertura bajo esta modalidad.

El Contratante deberá asentar por escrito en la solicitud del seguro la opción de participación de utilidades que elija, siempre y cuando el grupo asegurado cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto.

Condiciones Generales

Si no existe esta petición se aplicará lo establecido en el inciso Sin Dividendos.

En la carátula de la póliza se establece la modalidad de la Participación de Utilidades, estipulando si esta póliza da o no derecho a otorgamiento de dividendos.

27. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Se podrá renovar este seguro por periodos iguales, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos previstos en el “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica en vigor respectiva.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la Compañía podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

28. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En 2 (dos) años, en los demás casos.

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

ARTÍCULO 82 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía suspenderá la prescripción de las acciones a que



podieren dar lugar (Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros), mientras que la sola presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento (Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

29. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En el caso de que La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

Condiciones Generales

- 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.** No opera;
- VI.** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aún cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- A.** Los intereses moratorios;
 - B.** La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - C.** La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de



seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

30. PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

La Compañía pagará al propio Asegurado, el 30 (treinta) por ciento de la suma asegurada contratada por fallecimiento con un límite máximo de 180 (ciento ochenta) UMA (Unidad de Medida y Actualización) mensuales vigentes en la Ciudad de México en el momento del pago, al recibir pruebas de que dicho Asegurado tiene una expectativa de vida de 12 (doce) meses o menos. Para determinar la existencia del padecimiento terminal, La Compañía requerirá de un informe completo del médico tratante y se reserva el derecho de practicar a su costa los exámenes que considere convenientes. Al momento del pago derivado de la presente cláusula, la suma asegurada se reducirá en la cantidad pagada.

31. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de Comisiones o Compensaciones Directas, corresponda a los Agentes y demás personas físicas o morales que hayan intervenido en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos,

Condiciones Generales

en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

32. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

Las obligaciones de La Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de Prima.

También cuando exista un cambio de Contratante, de acuerdo al punto 7 de este mismo capítulo.

33. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y/o Asegurado o representante de estos está obligado a declarar por escrito a la compañía en la Solicitud del Seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultara a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el Artículo 47 con relación a los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre Contrato de Seguro.

Esta cláusula solo aplica para aquellas personas que den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho a formar parte del grupo.

34. INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla un año, contado a partir de su fecha de inicio de vigencia para cada asegurado o la de su última rehabilitación y al efecto La Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Esta cláusula solo aplica para aquellas personas que den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte del grupo.

35. CANCELACIÓN DE PÓLIZA

Si el Grupo Asegurado llegará a desintegrarse, esta póliza será cancelada, a partir de la fecha cubierta por la última prima pagada.



36. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.generaldeseguros.mx

37. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Compañía únicamente proporcionará información de la póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con La Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado, Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a La Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

38. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A.B. en la dirección Avenida Patriotismo número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de La Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldeseguros.mx

39. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF

Localización de Unidad especializada de Atención a Usuarios e Información de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su Seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A.B. a los teléfonos (55) 5278.8883, (55) 5278.8806 y del Interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, y/o al correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica (55) 5340.0999 y 800.9998.080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

40. ENTREGA DE PÓLIZA

Una vez aceptada la solicitud de seguro La Compañía se obliga a entregar al Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

1. De manera Personal al contratar el seguro
2. Envío a domicilio, por los medios que La Compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1. y en los casos del numeral 2. Dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía enviando un correo electrónico a la dirección atencionclientes@gseguros.com.mx para que, a través de este mismo medio, el Contratante obtenga la documentación del seguro que contrató.

Para cancelar la póliza o solicitar que la misma no se renueve el Contratante, deberá comunicarse a través del correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx.

IV. Vigencia

1. INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

La vigencia de esta póliza inicia y termina en las fechas y horas indicadas en la carátula de la misma, y en particular, para cada Asegurado a partir de la fecha y hora indicada en el certificado correspondiente.



Beneficios Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DESCRIPCIÓN

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del Asegurado al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el Asegurado se invalida total y permanentemente, La Compañía eximirá al Asegurado del pago de la prima por la cobertura de fallecimiento, otorgando al Asegurado una cobertura vitalicia con la suma asegurada contratada al momento de la invalidez total y permanente.

El Asegurado adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir 6 (seis) meses en el estado de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se diagnostique dicha invalidez.

El periodo de 6 (seis) meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de la invalidez total y permanente, conforme a los términos de la definición de este beneficio, sea consecuencia de:

- A.** La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- B.** La pérdida de ambas manos; o
- C.** La pérdida de ambos pies; o
- D.** La pérdida de una mano y un pie; o
- E.** La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o
- F.** La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Condiciones Generales

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de invalidez total y permanente y, en caso de proceder la invalidez, La Compañía cubrirá lo correspondiente en términos de este contrato.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado.

La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, examinar a su costa al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales a partir del requerimiento, que su invalidez total y permanente continúa. Si el Asegurado se niega a hacerlo, terminarán los efectos de este beneficio y deberá el Asegurado reanudar de inmediato el pago de las primas.

EXCLUSIONES

Este beneficio adicional no cubre:

A. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre**



realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

- B. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.**
- C. Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.**

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- B.** La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.
- C.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
- D.** Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte a solicitud del Contratante.

LÍMITE DE EDAD

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 60 (sesenta) años, cancelándose el beneficio a los 65 (sesenta y cinco) años.

El beneficio adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

Beneficios Adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (BPAI)

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DESCRIPCIÓN

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del Asegurado al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el Asegurado se invalida total y permanentemente, La Compañía pagará al propio Asegurado la suma asegurada contratada en este beneficio.

El Asegurado adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir 6 (seis) meses en el estado de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se diagnostique dicha invalidez. Las obligaciones de La Compañía provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del Asegurado dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

El periodo de 6 (seis) meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de la invalidez total y permanente, conforme a los términos de la definición de este beneficio, sea consecuencia de:

- A.** La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- B.** La pérdida de ambas manos; o
- C.** La pérdida de ambos pies; o
- D.** La pérdida de una mano y un pie; o
- E.** La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o
- F.** La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.



Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de invalidez total y permanente y, en caso de proceder la invalidez, La Compañía cubrirá lo correspondiente en términos de este contrato. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado.

EXCLUSIONES

Este beneficio adicional no cubre:

A. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**

B. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

Condiciones Generales

- C. Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.**

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- B.** La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.
- C.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
- D.** Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte a solicitud del Contratante.

LÍMITE DE EDAD

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 60 (sesenta) años, cancelándose el beneficio a los 65 (sesenta y cinco) años.

El beneficio adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (BPAI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.



Beneficio Adicional por Muerte Accidental (MA)

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DESCRIPCIÓN

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado.

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años, el Asegurado sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, La Compañía pagará la suma asegurada expresada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

EXCLUSIONES

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del Asegurado se debe directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- A. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.**
- B. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- C. Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- D. Lesiones u homicidio producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.**
- E. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.**

Condiciones Generales

- F. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.**
- G. La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- H. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- I. La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- J. Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.**

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A. Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.**
- B. La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.**
- C. En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.**
- D. Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.**
- E. La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte a solicitud del Contratante.**

LÍMITE DE EDAD

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años.

El beneficio adicional por Muerte Accidental (MA) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.



Beneficio Adicional de Doble Indemnización por Accidente (DI)

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DESCRIPCIÓN

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado.

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años, el Asegurado sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 días posteriores a la fecha del accidente, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

De igual forma, si el Asegurado sufre un accidente que le provoque pérdidas orgánicas, La Compañía pagará al Asegurado la proporción de suma asegurada que le corresponda de acuerdo con la siguiente tabla, en función de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, siempre y cuando la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente:

Pérdida de:	Porcentaje
A. Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
B. Una mano y un pie.....	100%
C. Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
D. Una mano o un pie	50%
E. La vista de un ojo	30%
F. Un pulgar de cualquier mano.....	15%
G. Un índice de cualquier mano	10%

Condiciones Generales

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones realizadas por este beneficio, en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para el mismo.

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un Índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

EXCLUSIONES

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra el mismo, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- A. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.**
- B. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- C. Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- D. Lesiones u homicidio producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.**
- E. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.**
- F. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.**
- G. La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- H. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- I. La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- J. Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes**



que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- B.** La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.
- C.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- D.** Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte a solicitud del Contratante.

LÍMITE DE EDAD

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años.

El beneficio adicional de Doble Indemnización por Accidente (DI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

Beneficios Adicional por Triple Indemnización por Accidente Colectivo (TI)

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DESCRIPCIÓN

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado.

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años, el Asegurado sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

De igual forma, si el Asegurado sufre un accidente que le provoque pérdidas orgánicas, La Compañía pagará al Asegurado la proporción de suma asegurada que le corresponda de acuerdo con la siguiente tabla, en función de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, siempre y cuando a pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente:

Pérdida de:	Porcentaje
A. Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
B. Una mano y un pie.....	100%
C. Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
D. Una mano o un pie	50%
E. La vista de un ojo	30%
F. Un pulgar de cualquier mano.....	15%
G. Un índice de cualquier mano	10%



Cuando sean varias las pérdidas orgánicas en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones realizadas por este beneficio, en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para el mismo.

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un Índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Así mismo, si el Asegurado sufre un accidente en un lugar público que le provoque la muerte en el transcurso de los días posteriores a la fecha del accidente, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la sumas aseguradas del beneficio por muerte accidental y de cobertura por fallecimiento.

Se considerará como accidente en un lugar público, el que ocurra:

- A.** Mientras el Asegurado viaje como pasajero a bordo de cualquier vehículo de transporte público, concesionado o autorizado legalmente sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares.
- B.** Mientras el Asegurado viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio de pasajeros, con exclusión de ascensores utilizados en minas.
- C.** A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

EXCLUSIONES

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra el mismo, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- A. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.**
- B. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- C. Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- D. Lesiones u homicidio producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.**

Condiciones Generales

- E. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.**
- F. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.**
- G. La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- H. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- I. La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- J. Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.**

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- B.** La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.
- C.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- D.** Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte a solicitud del Contratante.

LÍMITE DE EDAD

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años. El beneficio adicional de Triple Indemnización.

El beneficio adicional de Triple Indemnización por Accidente Colectivo (TI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.



Beneficio Adicional de Indemnización por Hospitalización de Neumonía y COVID-19

(OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

DEFINICIONES

ENFERMEDAD:

Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

NEUMONÍA:

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas, se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

COVID-19:

Se conoce como Coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se denomina COVID-19. Tipo de Coronavirus que causa infección respiratoria que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. El virus se transmite de una persona infectada a otra a través de gotitas de saliva expulsadas al toser y estornudar, al tocar o estrechar la mano o al tocar un objeto o superficie contaminada.

HOSPITALIZACIÓN:

Es la permanencia del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:

Las lesiones o enfermedades cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, que hayan sido diagnosticados por un médico.

Condiciones Generales

Se considera enfermedad o padecimiento preexistente sí previo a la celebración del contrato:

- A.** Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento;
- B.** Que por medio de un resumen clínico se diagnostique por un médico legalmente autorizado;
- C.** Se hayan practicado pruebas de laboratorio o gabinete que confirmen el diagnóstico;
- D.** Que General de Seguros cuente con pruebas documentales de que el Asegurado hizo el gasto para recibir diagnóstico del padecimiento.

BENEFICIO

General de Seguros pagará al propio “Asegurado” la suma asegurada contratada en este beneficio, si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, el “Asegurado” es diagnosticado por Neumonía o COVID-19 y éste requiere hospitalización, después de 48 horas de estar internado en el hospital, General de Seguros posterior a la recepción de las pruebas del hecho, realizará la indemnización de esta cobertura.

En caso de fallecimiento del Asegurado la indemnización se realizará a los últimos beneficiarios que haya designado éste y de los cuales la aseguradora haya tenido conocimiento.

El diagnóstico deberá ser realizado por el médico tratante. En el diagnóstico COVID-19 (confirmado por el resultado positivo a SARSCoV-2) efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE). Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por el médico dictaminador de General de Seguros.

General de Seguros podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de la razón de hospitalización. En caso de que el médico que General de Seguros designe no ratifica el diagnóstico del COVID-19 las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de General de Seguros, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador del médico dictaminador que General de Seguros designe.

PERIODO DE ESPERA

Salvo el caso diagnosticado por COVID-19, no se cubrirá padecimiento o tratamiento diagnosticado durante los primeros 90 días a partir del inicio de vigencia de la póliza.



EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones de carácter general, esta cobertura en ningún caso ampara o se refiere a:

- Padecimientos preexistentes.
- Enfermedad que ocurra en el momento en que el Asegurado tiene síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o presencia del Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH).
- Ha padecido alguna enfermedad respiratoria conocida como neumonía o Covid-19.
- Ha presentado signos o síntomas relacionados con neumonía o Covid-19.
- Por su trabajo o actividad laboral es susceptible de encontrarse en situación a neumonía o Covid-19

TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio adicional terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- B.** La cancelación de este beneficio a solicitud del Asegurado.
- C.** En el aniversario de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 70 años.
- D.** Al otorgar General de Seguros el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- F.** A las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado.

Convenio de Auto-Administración

PÓLIZA NÚMERO:

CONTRATANTE:

FECHA DE VIGENCIA DEL CONVENIO:

Las pólizas que se contraten bajo el esquema de Auto-Administración deberán sujetarse a las siguientes cláusulas:

1. EMISIÓN DE LA PÓLIZA

Se requiere la entrega de la siguiente documentación:

- A.** Solicitud matriz, indicando el porcentaje de contribución del personal al pago de las primas, y en su caso, indicar el carácter de participación voluntaria de los Asegurados.
- B.** Nómina oficial de la empresa, a la fecha de la solicitud, conteniendo los siguientes datos, como mínimo ya que servirá como registro de Asegurados.
 - Nombre
 - Sexo
 - Fecha de nacimiento o clave de Registro Federal de Contribuyentes.
 - Sueldo mensual, categoría y fecha de ingreso a la empresa contratante

El Contratante se obliga a:

- A.** El Contratante deberá hacer del conocimiento de los asegurados la información descrita en cada uno de los Certificados Individuales (Art. 16 del Reglamento de “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”), incluyendo lo siguiente:
 - I.** Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
 - II.** Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
 - III.** Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
 - IV.** Nombre del Contratante;
 - V.** Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
 - VI.** Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
 - VII.** Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;



- VIII.** Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
 - IX.** Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.
 - X.** En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.
-
- B.** Previo a la emisión de la Póliza, el contratante deberá recabar consentimiento de cada uno de los integrantes del grupo, en el que se contenga la designación de los Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable, así como la suma asegurada o la regla para determinarla, con la firma autógrafa de cada integrante del grupo asegurable.
 - C.** Proporcionar a la Compañía, por separado, una relación de su personal eventual y aquellos integrantes que se incorporen con posterioridad a la emisión de la póliza al grupo asegurable. Dichas personas no quedarán aseguradas bajo las condiciones que se establecen en este convenio de manera automática, sino hasta que la Compañía comunique la aceptación de dichos Asegurados.
 - D.** El contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información que ésta le requiera para el cabal cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

2. MOVIMIENTOS

El contratante deberá informar a la Compañía los reportes de movimientos de altas y bajas durante el año de vigencia de la póliza, comprometiéndose la Compañía a asegurar a los nuevos integrantes del Grupo desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad. El Contratante se obliga a recabar el consentimiento de los nuevos integrantes del Grupo dentro de los treinta días siguientes en que el nuevo integrante cumpla los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, debiendo recabar la designación de los Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable, así como la suma asegurada o la regla para determinarla, con la firma autógrafa de cada integrante del grupo asegurable. En caso de cambio de regla para determinar la suma asegurada o inclusión de nuevos beneficios, el Contratante deberá recabar los nuevos consentimientos de cada integrante del Grupo o en su defecto notificar, por escrito, las nuevas condiciones a los Asegurados.

3. INCREMENTOS INDIVIDUALES DE SUMA ASEGURADA

El monto máximo de la suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad que se determine a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza se mantendrá fijo durante todo el año de vigencia de la misma.

En cada renovación, al ser ésta una nueva contratación, se determinará el nuevo monto de suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, y podrán ser establecidos nuevos requisitos de asegurabilidad. Estos nuevos requisitos de asegurabilidad serán siempre establecidos en los casos cuyo incremento porcentual de aseguramiento sea mayor al porcentaje promedio de aumento de la nómina del Grupo Asegurado.

La aplicación de este incremento porcentual queda sujeto a un límite máximo de suma asegurada, sin requisitos de asegurabilidad, equivalente al límite de retención de la Compañía, aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4. RENOVACIONES

La Compañía podrá proporcionar, dentro de los treinta días anteriores a la fecha de renovación, un recibo para el pago de primas que ampare dicha nueva contratación, en las condiciones de aseguramiento en vigor a esa fecha. Este recibo deberá ser pagado dentro de los treinta días siguientes a la fecha de renovación del seguro, contando con un periodo de espera igual para el envío de la información, que servirá como base para la elaboración del registro de Asegurados, de los ajustes correspondientes y del recibo definitivo.

En caso de que ocurra un siniestro antes de que la Compañía reciba la información necesaria para poder aceptar la renovación, éste será pagado con las condiciones contratadas, sujeto a la aplicación del límite máximo de suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad vigente a la fecha, previo pago de la prima correspondiente.

5. AJUSTE DE PRIMAS

Una vez determinado el importe de la Suma Asegurada total correspondiente al nuevo periodo de seguro, se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada en el periodo anterior, a la que se aplicará la cuota promedio, por un periodo igual a la mitad del periodo anterior, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto, que incluye lo que corresponda a modificaciones en las Sumas Aseguradas y bajas o altas de Asegurados.

El importe de este recibo deberá pagarse dentro de los treinta días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se haga dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones y Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.



Los ajustes de primas por motivo de cambio de reglas para determinar la suma asegurada o inclusión de beneficios, se deberán de pagar en el momento en que dichos cambios ocurran.

En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Los ajustes de primas por motivos de incrementos salariales se pagarán en el momento en que esto ocurra sólo si dicho incremento es superior al veinticinco por ciento; en caso contrario los aumentos se acumularán y cuando se rebase el veinticinco por ciento se emitirá el recibo correspondiente. En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

6. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado que desee cambiar a sus beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez lo notificará de inmediato a la Compañía.

En caso de siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Asegurado, en caso de existir un tercer beneficiario no contemplado y que demostrase que tiene derechos sobre la póliza, el Contratante asume la responsabilidad de la póliza frente a este beneficiario.

7. SINIESTROS

En caso de reclamación por alguno de los eventos amparados por la póliza, el Contratante procederá de acuerdo a lo estipulado en la póliza y solicitará a los beneficiarios requisiten los formatos de reclamaciones proporcionados por la compañía de seguros; y en el caso de altas durante la vigencia de la póliza anexarán en forma adicional, el último consentimiento original, copia del alta al I.M.S.S. o al I.S.S.S.T.E. y el último recibo de sueldo, en caso de que la Suma Asegurada se determine con base en el sueldo.

Independientemente de que el Contratante tramite el pago de la indemnización por el siniestro, la Compañía deberá pagar al beneficiario, tal y como lo dispone el artículo 166 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



OFICINA MATRIZ
Patriotismo 266 San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55 5270.8000

FECHA DE ELABORACIÓN:

**CONFORME
ATENTAMENTE**

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO DEL CONTRATANTE



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 18 de julio de 2013, con el número CNSF-S0009-0381-2013/ CONDUSEF-002315-05; del día 30 de marzo de 2015, con el número CGEN-S0009-0064-2015; del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-S0009-0168-2016 y a partir del día 10 de junio de 2021, con el número BADI-S0009-0029-2021.

CASTEL

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

24 HRS. 365 DÍAS

ROBO, ACCIDENTE O ASISTENCIA LEGAL

En la CDMX

55.5278.8888

Del Interior de la República (Lada sin Costo)

800.GS.APOYO
47.27696

ASISTENCIA EN VIAJES Y AUXILIO VIAL

En la CDMX e Interior de la República (Marque sin Costo)

800.GS.AYUDA
47.29832



Descarga nuestra APP
VALOR GS



PARA REPORTE DE ACCIDENTE:

- Mantén la calma.
- Ubica el lugar en donde ocurrió el accidente.
- Comunícate a General de Seguros y enviaremos un Ajustador, quien te atenderá y asesorará en todo momento

PARA REPORTE DE ROBO:

- Levanta el acta ante el Ministerio Público.
- Reporta el robo a General de Seguros.
- Posteriormente te daremos una cita con alguno de nuestros Ajustadores, quien te indicará los pasos a seguir para la solución a tu problema.



**GENERAL
DE SEGUROS**

OFICINA MATRIZ

Patriotismo 266 San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55.5270.8000

BUZÓN ELECTRÓNICO atencionclientes@gseguros.com.mx