



**GENERAL
DE SEGUROS**

SEGUROS DE VIDA



INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

CONDICIONES GENERALES

VIDA GRUPO



**GENERAL
DE SEGUROS**

SEGUROS DE VIDA

INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

I. DEFINICIONES.....	7
II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.....	9
COBERTURA POR FALLECIMIENTO.....	9
III. CLÁUSULAS GENERALES	9
1. CONTRATO	9
2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	9
3. OBJETO DEL SEGURO.....	9
4. CARENCIA DE RESTRICCIONES	10
5. CLÁUSULA NO DISCRIMINACIÓN.....	10
6. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN	10
7. MEDIOS DE CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	10
8. CANCELACIÓN DE PÓLIZA A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	11
9. USO DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS	11
10. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES PARA LA CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	12
11. USO DE LOS MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	12
12. SUICIDIO	13
13. CAMBIO DE CONTRATANTE.....	13
14. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	14
15. REGISTRO DE ASEGURADOS	15
16. INGRESO DE ASEGURADOS.....	15
17. BAJA DE ASEGURADOS	16
18. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.....	16
19. LÍMITE DE PROTECCIÓN INICIAL	17
20. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA	17
21. PRIMA.....	17



22. CERTIFICADOS INDIVIDUALES	19
23. BENEFICIARIOS	19
24. PAGO A BENEFICIARIOS	20
25. EDAD	21
26. MONEDA.....	22
27. COMPETENCIA.....	22
28. MODIFICACIONES.....	22
29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	22
30. PRUEBAS	23
31. LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN	23
32. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	24
33. CONDICIONES DE RENOVACIÓN	24
34. PRESCRIPCIÓN.....	25
35. INDEMNIZACIÓN POR MORA	25
36. PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDADEN FASE TERMINAL.....	27
37. FACULTAD DEL ASEGURADO PARA SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS	28
38. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	28
39. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	28
40. DISPUTABILIDAD	28
41. CANCELACIÓN DE PÓLIZA.....	28
42. PRECEPTOS LEGALES.....	29
43. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	29
44. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES	29
45. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF	29
46. ENTREGA DE PÓLIZA.....	29
47. PAGO INMEDIATO	30

IV. VIGENCIA DEL CONTRATO	30
1. INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA DEL CONTRATO	30
V. CLÁUSULA COMPLEMENTARIA A LA DE CARENCIA DE RESTRICCIONES....	30
CONVENIO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN	32
1. EMISIÓN DE LA PÓLIZA	32
2. MOVIMIENTOS.....	33
3. INCREMENTOS INDIVIDUALES DE SUMA ASEGURADA.....	34
4. RENOVACIONES	34
5. AJUSTE DE PRIMAS	34
6. CAMBIO DE BENEFICIARIOS	35
7. SINIESTROS	35



I. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato, las partes convienen en adoptar las siguientes definiciones:

A, B, C

ASEGURADO.

Cada una de las personas que integran el Grupo Asegurado.

AUTENTICACIÓN.

Conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para verificar la identidad del Contratante o Asegurado y su facultad para la realización de operaciones electrónicas y la facultad de La Compañía para recibir instrucciones a través de Medios Electrónicos.

BENEFICIARIO.

Para los efectos de esta póliza, se entiende por Beneficiario a la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en el Consentimiento requisitado para la celebración de este contrato, o a los que, en su caso, designe posteriormente.

A falta de designación de Beneficiario, La Compañía pagará el beneficio a la sucesión legal del Asegurado, de acuerdo con las leyes y códigos vigentes a la fecha de fallecimiento.

CERTIFICADO.

La Compañía expide un Certificado, por cada integrante del Grupo Asegurado, que describe las condiciones en las que ha quedado asegurado en la póliza.

COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN.

General de Seguros, S. A.

CONSENTIMIENTO.

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

D, G

CONTRATANTE.

Es la institución pública que celebra el contrato de Seguro de Grupo con la Institución. Esta persona representa legalmente al Grupo Asegurable, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan del contrato.

DIVIDENDO.

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, salvo que la póliza haya sido contratada como Contributoria

GRUPO ASEGURABLE.

Se entiende como Grupo Asegurable a cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Los Grupos Asegurables estarán determinados por aquellos grupos que cumplan con las siguientes características:

- A.** El número mínimo de personas es de (10) diez miembros para formar un grupo.
- B.** Deberá estar constituido por lo menos del 75 (setenta y cinco) por ciento cuando el grupo esté formado por miembros activos y del 100% de miembros cuando el grupo incluya jubilados.

M

- C. El Contratante deberá ser una empresa bajo razón social legalmente constituida.
- D. El objeto del seguro deberá ser de carácter contractual.
- E. El costo del seguro deberá ser cubierto al 100 (cien) por ciento por el Contratante.

GRUPO ASEGURADO.

Se entiende por Grupo Asegurado al conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Institución por conducto del Contratante, su correspondiente Consentimiento para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Institución.

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.

MEDIOS ELECTRÓNICOS.

Equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, a los que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. La venta del presente seguro se hará en virtud del medio electrónico definido por la Institución.

O, S

OPERACIONES ELECTRÓNICAS

Conjunto de operaciones y servicios que La Compañía realiza con el Contratante o Asegurado a través de Medios Electrónicos, para efectos de este instrumento serán considerados de manera enunciativa pero no limitativa las siguientes:

- Contratación o cancelación de un seguro;
- Solicitud, aceptación o emisión de endosos a los contratos;
- Instrucciones para transferencias de recursos dinerarios a cuentas de La Compañía por concepto de pago de primas;
- Modificación de designación de Beneficiarios;
- Alta y modificación del medio de notificación para la confirmación de la operación electrónica realizada.
- Consultas de estados de cuenta u otras consultas que permitan conocer información relacionada con el Contratante o Asegurado o los contratos que tenga celebrados con La Compañía, u otra que pueda ser utilizada como información de Autenticación;
- Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP);
- Solicitud de pago de rescate o aplicación de valores garantizados.

SAMI.

Es la suma asegurada máxima que se otorga sin requisitos médicos (SAMI).

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Institución, en caso de indemnización de alguna cobertura amparada, por motivo de un siniestro cubierto, misma que aparece expresada en el certificado.



CNSF-S0009-0009-2023/CONDUSEF-005640-01

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.

III. Cláusulas Generales

1. CONTRATO

Esta póliza, la solicitud, el registro de Asegurados anexo, los consentimientos, certificados individuales, folleto de los derechos básicos 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 Contratante o Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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 de seguro no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia y viajes del Asegurado.

5. CLÁUSULA NO DISCRIMINACIÓN

La póliza de seguro, la documentación contractual y las disposiciones que integran el clausulado del contrato de seguro, respetan la dignidad y derechos humanos y fundamentales del Contratante, del Asegurado y de los Beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

6. 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.

7. MEDIOS DE CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de medios electrónicos.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se puede realizar por el siguiente medio: www.generaldeseguros.mx.

En el momento en que el Contratante o Asegurado ingresen a los Medios Electrónicos, se identifica y autentica, reconoce su voluntad para que La Compañía realice las operaciones electrónicas que el Contratante o Asegurado le instruya.

La contratación del producto a través del medio enunciado anteriormente, es en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.



Asimismo, se hace del conocimiento del Contratante o Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, conforme a la contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de La Compañía.

Una vez aceptada la solicitud de seguro, a través de los medios de contratación, el Contratante podrá manifestar su consentimiento para que La Compañía le haga entrega de los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de autorización de entrega de documentación vía electrónica (PDF), mediante envío al correo electrónico que usted haya proporcionado al momento de la contratación. La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados por medio de la certificación entregada por el medio electrónico al momento de la contratación.

Dejará constancia de que utilizó el medio señalado para la entrega de los documentos.

8. CANCELACIÓN DE PÓLIZA A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Para cancelar la póliza, modificaciones posteriores a la contratación, o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante podrá solicitarlo por el mismo medio electrónico por el cual fue contratado y que fue implementado por La Compañía, debiéndose autenticar de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; o podrá comunicarse a través del correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 55 5270 8000.

El en el caso de presentar la solicitud de cancelación el Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio de cancelación, a partir del cual la Institución generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

9. USO DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS

La Compañía pone a disposición del Contratante o Asegurado el uso de los medios electrónicos en términos de lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y que se regula a través de "Términos y Condiciones del Uso de Medios Electrónicos", documento el cual, el Contratante y/o Asegurado podrán consultar en la página de internet www.generaldeseguros.mx.

De toda operación efectuada por el Contratante o Asegurado a través del medio electrónico, el cual ha sido utilizado para la celebración del contrato, la Institución emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

10. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES PARA LA CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Asegurado, conoce y acepta que la manifestación de su consentimiento, respecto del presente contrato será expresada por el medio electrónico, por medio del cual ha solicitado la celebración del contrato.

El Contratante o Asegurado conoce que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que éstas serán utilizadas en sustitución de la firma autógrafo, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva el Contratante o Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Institución de cualquier uso indebido de las mismas. El uso de los medios de aceptación e identificación mencionados, en sustitución de la firma autógrafo, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás relativos y aplicables del Código Civil Federal.

El Contratante o Asegurado deberá manifestar su voluntad mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo medios de aceptación), proporcionando para tal efecto aquellos datos personales que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio, teléfono(s) de contacto, número de tarjeta de débito o crédito, así como el CVV2 (código de verificación de las tarjetas), contraseñas dinámicas de un solo uso generados conjuntamente con La Compañía (en lo sucesivo medios de identificación).

11. USO DE LOS MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Correspondiente al uso de los medios de identificación y aceptación, se establece lo siguiente:

- Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado (con cobertura) bajo el mismo.
- El Contratante o Asegurado será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.
- El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado será por una certificación que se le proporcionará y garantizará la entrega de la póliza.



- El contratante o Asegurado deberá resguardar y mantener su Identificador de Usuario, contraseña y/o cualquier información o herramienta utilizados para el acceso a los Medios Electrónicos y la realización de Operaciones Electrónicas, como confidenciales toda vez que el uso de las mismas, será responsabilidad directa del Contratante o Asegurado, aún y cuando medie caso fortuito o fuerza mayor, asumiendo la responsabilidad que su uso implica.
- La utilización de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos. Por lo que en caso de que el Contratante o Asegurado llegare a hacer uso de los medios aquí establecidos, en este acto reconoce y acepta que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos medios electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.
- La Compañía tiene la obligación de mantener controles de seguridad técnicos, físicos y administrativos para proteger en todo momento la confidencialidad e integridad de la información del Contratante o Asegurado, incluyendo la de sus factores de autenticación.
- La Compañía no estará obligada a realizar las operaciones que el Contratante o Asegurado hayan solicitado por cualquier Medio Electrónico, en el caso en que la información transmitida sea insuficiente, inexacta, errónea, incompleta o ilegal.
- En caso de que el Contratante o Asegurado tenga conocimiento o sospeche de cualquier violación a la seguridad, tal como el robo o el uso no autorizado de su clave de usuario, contraseña y/o cualquier información o herramienta utilizadas para el acceso a los Medios Electrónicos, o cualquier Operación Electrónica que no reconozca como propia, deberá notificar inmediatamente a La Compañía a través del correo electrónico atencionaclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 55 5270 8000.

12. SUICIDIO

En caso de muerte por suicidio ocurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza será cubierto.

13. CAMBIO DE CONTRATANTE

Con apego a lo establecido en el Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, 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.

14. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El contratante tendrá las siguientes obligaciones:

- I.** Remitir información periódica respecto de lo siguiente:
 - a.** El ingreso al Grupo de integrantes nuevos dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del Artículo 10 del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” (Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud).
 - b.** La separación definitiva de Integrantes del Grupo asegurado.
 - c.** Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
 - d.** Los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.
- II.** Entregar a cada uno de los Asegurados los Certificados que La Compañía expedirá y enviará al mismo Contratante.
- III.** Comunicar a los Asegurados 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;
 - i. Transcripción que corresponda del texto de las cláusulas número 15 y 16.- (INGRESO DE ASEGUADOS Y BAJA DE ASEGUADOS).
 - j. En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá Transcribir la cláusula número 18 de estas condiciones generales. (DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL).
- IV. Las demás que se deriven del presente contrato y la normatividad aplicable.

15. REGISTRO DE ASEGUADOS

La Compañía formará un registro de asegurados en cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo;
- 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.

16. INGRESO DE ASEGUADOS

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

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

17. 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 del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades). Y su baja será efectiva en la fecha en que concluya la cobertura de la última prima pagada.

18. 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 del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

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.



19. LÍMITE DE PROTECCIÓN INICIAL

Con apego a lo establecido en el artículo 5º del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, 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 sólo 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.

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

21. 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 carátula de la póliza a cambio de un recibo expedido por la misma.

ARTÍCULOS 34, 35, 36, 37, 38 Y 40 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, QUE A CONTINUACIÓN SE TRANSCRIBEN:

ARTÍCULO 34.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el

lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

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.

En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

ARTÍCULO 37.

En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

ARTÍCULO 38.

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

ARTÍCULO 40.

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 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.

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 bancario 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.



22. 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 Asegurado 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.

23. BENEFICIARIOS

Cada miembro del grupo debe y es el único que puede designar a su o sus propios Beneficiarios; 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 Beneficiarios 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 representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.

24. 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, ésta 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.



25. 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 pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- b.** Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a solicitar la devolución de lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c.** Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. 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 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.

31. LUGAR Y PAGO DE 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.

32. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Se podrá pactar el pago de dividendos por experiencia favorable de siniestralidad de acuerdo a una de las siguientes modalidades:

- I. Seguro Vida Grupo con opción de Dividendos con base en Experiencia Global
- II. Vida Grupo con opción de Dividendos con base en Experiencia Propia

Se entenderá por experiencia propia los contratos en los que la prima del grupo esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien de las pólizas de seguro de grupo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para los contratos de experiencia propia, el número de integrantes del grupo no podrá ser menor a 1,000 al inicio de la vigencia del contrato.

Por experiencia global se entenderá a las pólizas cuyo cálculo de primas no esté determinado con base en la experiencia propia.

El otorgamiento de dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación.

Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los dividendos, se determinará con base en el procedimiento que se describe en esta nota técnica. En el caso de experiencia global, los dividendos se determinarán utilizando la experiencia total de la cartera clasificada como experiencia global.

Para efectos del cálculo de dividendos podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos (SAMI), excluyendo del cálculo de dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.

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, salvo que la póliza haya sido contratada como Contributoria

33. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Se podrá renovar este seguro por períodos 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.

34. 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 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento;
- 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 pudieren 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).

35. 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, que a la letra dice:

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. No opera;
 - 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 365 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, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;



VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a. Los intereses moratorios;
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el Artículo 278 de esta Ley, si la 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.

36. 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.

37. FACULTAD DEL ASEGURADO 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

38. 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 13 de este mismo capítulo.

39. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

40. DISPUTABILIDAD

Se elimina esta cláusula de este contrato de seguro a partir de la fecha de inicio del periodo de cobertura indicada en la carátula de la presente póliza.

41. 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.



42. PRECEPTOS LEGALES

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

43. 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.

44. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A. en la dirección Patriotismo 266, colonia San Pedro de los Pinos, C.P. 03800, Alcaldía Benito Juárez, 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

45. 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. a los teléfonos 55 5278 8883, 55 5278 8806 y del Interior de la República marque 800 2254 339 con domicilio en Patriotismo 266, colonia San Pedro de los Pinos, C.P. 03800, Alcaldía Benito Juárez, 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), Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 9998 080 asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

46. 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 atencionaclientes@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 atencionaclientes@gseguros.com.mx.

47. PAGO INMEDIATO

Con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción, salvo restricción legal en contrario La Compañía realizará un anticipo inmediato del 30 (treinta) por ciento de la suma asegurada, sin que este pago exceda de 2 (dos) veces la UMA (Unidad de Medida y Actualización) anual vigente, siempre que el fallecimiento del Asegurado ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a La Compañía el Certificado Médico de Defunción.

La cantidad que por este concepto pague La Compañía, será descontada de la liquidación final a que tenga derecho el Beneficiario al que se le otorgó el anticipo.

IV. Vigencia Del Contrato

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.

V. Cláusula Complementaria a la de 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 oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expedan las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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.

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, contenido 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 autógrafo 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 de 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 período 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 ocurrán.

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.

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 2 de enero de 2023, con el número CNSF-S0009-0009-2023/CONDUSEF-005640-01.



Notas



Notas



Notas



**GENERAL
DE SEGUROS**

N-03-ISP



**GENERAL
DE SEGUROS**

SEGUROS DE VIDA

CENTRO DE ATENCIÓN



CALL CENTER

55 5278 8888

CORREO ELECTRÓNICO

atencionaclientes@gseguros.com.mx

Oficina Matriz
Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55 5270 8000

N-03-ISP

generaldeseguros.mx

