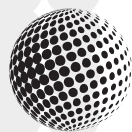




**SEGURO DE VIDA GRUPO PROPIA
SIN DIVIDENDOS**
CONDICIONES GENERALES



**GENERAL
DE SEGUROS**

SEGUROS DE VIDA

SEGURO DE VIDA GRUPO PROPIA SIN DIVIDENDOS

CONDICIONES GENERALES

N-03- AEPsD-07.26

ÍNDICE

I. DEFINICIONES	7
II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA	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. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN	10
6. DISPUTABILIDAD	11
7. SUICIDIO	11
8. CAMBIO DE CONTRATANTE.....	11
9. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	12
10. REGISTRO DE ASEGURADOS	13
11. INGRESO DE ASEGURADOS	13
12. BAJA DE ASEGURADOS	14
13. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.....	14
14. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA	14
15. PRIMA.....	15
16. CERTIFICADOS INDIVIDUALES	16
17. BENEFICIARIOS	17
18. EDAD	18
19. MONEDA.....	19
20. COMPETENCIA.....	19
21. MODIFICACIONES.....	19
22. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	19



23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	20
24. CONDICIONES DE RENOVACIÓN	20
25. PRESCRIPCIÓN.....	21
26. PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL	21
27. INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	22
28. PRECEPTOS LEGALES.....	24
29. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES	24
30. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS.....	24
31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	24
32. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF	24
33. ENTREGA DE PÓLIZA.....	25
IV. VIGENCIA	26
1. VIGENCIA DEL CONTRATO.....	26
BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)	27
DEFINICIÓN	27
BENEFICIO	27
PRUEBAS	28
EXCLUSIONES	28
TERMINACIÓN	29
LÍMITE DE EDAD	29
BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BPAI)	30
DEFINICIÓN	30
BENEFICIO	30
PRUEBAS	31

EXCLUSIONES	31
TERMINACIÓN	32
LÍMITE DE EDAD	32
BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)	33
ACCIDENTE	33
BENEFICIO	33
EXCLUSIONES	33
TERMINACIÓN	34
LÍMITE DE EDAD	34
BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (DI)	35
ACCIDENTE	35
BENEFICIO	35
EXCLUSIONES	36
TERMINACIÓN	37
LÍMITE DE EDAD	37
BENEFICIO ADICIONAL DE TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE COLECTIVO (TI)	38
ACCIDENTE	38
BENEFICIO	38
EXCLUSIONES	39
TERMINACIÓN	40
LÍMITE DE EDAD	40



BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DE NEUMONIA Y COVID-19	41
DEFINICIONES	41
BENEFICIO	42
PERIODO DE ESPERA	42
EXCLUSIONES	43
TERMINACIÓN	43
CONVENIO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN	44
1. EMISIÓN DE LA PÓLIZA	44
2. MOVIMIENTOS	46
3. INCREMENTOS INDIVIDUALES DE SUMA ASEGURADA	46
4. RENOVACIONES	46
5. AJUSTE DE PRIMAS	47
6. CAMBIO DE BENEFICIARIOS	47
7. SINIESTROS	47

REGISTROS DEL PRODUCTO

CNSF-S0009-0053-2012 / CONDUSEF-002125-05

CGEN-S0009-0064-2015

RESP-S0009-0168-2016

BADI-S0009-0029-2021

CGEN-S0009-0050-2025



I. Definiciones

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

A, B, C

ASEGURADO.

Cada una de las personas que integran el Grupo Asegurado.

BENEFICIARIO.

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

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.

CONSENTIMIENTO.

Documento en el que los integrantes del Grupo Asegurable dan su autorización para quedar Asegurados y designan a sus Beneficiarios.

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.

G

GRUPO ASEGURABLE.

Se entiende como "GRUPO ASEGURABLE" 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:

- El número mínimo de personas es de (10) diez miembros para formar un grupo.
- 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.
- El contratante deberá ser una empresa bajo razón social legalmente constituida.
- El objeto del seguro deberá ser de carácter contractual.
- El costo del seguro deberá ser cubierto al 100 (cien) por ciento por el contratante.

GRUPO ASEGURADO.

Se entiende por "GRUPO ASEGURADO" el conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han llenado, firmado y entregado a La Compañía por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por La Compañía. 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.

L, S

LA COMPAÑÍA.

General de Seguros, S.A.

SAMI.

Es la Suma Asegurada máxima que se otorga sin requisitos médicos (SAMI).

SUMA ASEGUADA.

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



II. Descripción de la Cobertura Básica

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 y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de 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 del 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 e (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 RESOLUCIÓN 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. DISPUTABILIDAD

La Compañía podrá rescindir del pleno derecho este contrato de seguro si durante el primer año de su vigencia del mismo, contando a partir de su fecha de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza o de su última rehabilitación, el Asegurado o Contratante hubieran incurrido en omisiones o inexactas declaraciones, sobre los hechos importantes que se responden en los cuestionarios proporcionados por La Compañía para emisión o rehabilitación de la póliza, y que son base para la apreciación del riesgo amparado por la misma, aunque tales hechos no hubieran influido en la realización del riesgo.

Por lo anterior, el Contratante y los Asegurados al formular las propuestas del seguro están obligados a declarar por escrito a La Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la acepción del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deben conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o se haya rehabilitado, el Asegurado presente cualquier declaración que requiera La Compañía para la apreciación del riesgo, con motivo de inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la Suma Asegurada en el mismo, tales inclusiones e incrementos serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante el primer año contratado. Después de transcurrido dicho periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

7. SUICIDIO

No procederá indemnización alguna en caso de muerte del Asegurado por suicidio dentro de la vigencia de esta póliza, sin importar la causa o su estado físico o mental, salvo que éste suceda con posterioridad a un año o de vigencia continua del certificado individual. Cuando no proceda la indemnización, La Compañía únicamente entregará al o los Beneficiarios la reserva matemática correspondiente.

8. CAMBIO DE CONTRATANTE

Para el caso de los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante La Compañía podrá:

- I. 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.

En cualquier caso, 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 del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

9. 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 11 y 12.- (INGRESO DE ASEGURADOS Y BAJA DE ASEGURADOS).
- J. En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir la cláusula número 13 de estas condiciones generales. (DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL).

IV. Las demás que se deriven del presente contrato y la normatividad aplicable.

10. REGISTRO DE ASEGURADOS

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.

11. 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 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 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.

12. 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.

Cabe señalar que la prima neta se calcula deduciendo a la prima de tarifa, los recargos de gastos de administración, los costos de adquisición y el margen de utilidad que La Compañía tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

13. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL

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

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

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.

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 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 30 (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;

LA COMPAÑÍA para dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados se los proporcionará al Contratante.



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.

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 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 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 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.

18. 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.



19. 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.

20. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía 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.

21. MODIFICACIONES

Las condiciones de esta póliza sólo se pueden modificar previo acuerdo del Contratante y de La Compañía, que deberá constar por escrito mediante un endoso que formará parte integral de la póliza. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de La Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

22. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a La Compañía en la Solicitud del Seguro y el Consentimiento, 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, facultará 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. Lo anterior sólo aplicará para aquellos Asegurados que den su consentimiento 30 días después de haber ingresado a la colectividad.

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 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

24. 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.



25. 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).

26. 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.

27. 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;
- 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.

28. PRECEPTOS LEGALES

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

29. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A. en la dirección Avenida Patriotismo número 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

30. 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

31. 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.

32. 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 5270 8000 ext. 8883 y 8766 y/o en la dirección Avenida Patriotismo No.266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionaclientes@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 número 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

33. 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.

IV. Vigencia

1. VIGENCIA DEL CONTRATO

INICIO:

A las 12:00 horas de la fecha de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 horas de la fecha correspondiente:

- A.** Al cumplir la vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
- B.** Ante la falta de pago de la prima, la vigencia del contrato finalizará el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, La Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del contrato. El contrato podrá ser rehabilitado si el Contratante lo solicita por escrito y La Compañía lo acepta, en este caso La Compañía podrá comprobar a satisfacción propia que los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud de la rehabilitación, además, el Contratante deberá cubrir el importe de las primas vencidas.
- C.** El "Contratante" podrá solicitar la cancelación de la cobertura durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



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

(Operará si aparece estipulado en la Póliza de Seguro)

DEFINICIÓN

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.

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.

Se establece que para el caso de que no proceda una reclamación, la determinación recaerá en un médico de La Compañía quien deberá ser un especialista en la materia.

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:

- 1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:**
 - a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el “Asegurado”.**
 - c. 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.**
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - e. Accidentes que ocurran mientras el “Asegurado” se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**



- 2. 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.**
- 3. 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.** El “Contratante” podrá solicitar la cancelación del beneficio durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 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.

LÍMITE DE EDAD

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

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

(Operará si aparece estipulado en la Póliza de Seguro)

DEFINICIÓN

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.

Se establece que para el caso de que no proceda una reclamación, la determinación recaerá en un médico de La Compañía quien deberá ser un especialista en la materia.

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:

- 1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:**
 - a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el “Asegurado”.**
 - c. 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.**
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - e. Accidentes que ocurran mientras el “Asegurado” se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**

- 2. 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.**
- 3. 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.** El “Contratante” podrá solicitar la cancelación del beneficio durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 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.

LÍMITE DE EDAD

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



Beneficio Adicional por Muerte Accidental (MA)

(Operará si aparece estipulado en la Póliza de Seguro)

ACCIDENTE

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”.

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” 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” viaje 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.** El “Contratante” podrá solicitar la cancelación del beneficio durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 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.

LÍMITE DE EDAD

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



Beneficio Adicional de Doble Indemnización por Accidente (DI)

(Operará si aparece estipulado en la Póliza de Seguro)

ACCIDENTE

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”.

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 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%

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.** El “Contratante” podrá solicitar la cancelación del beneficio durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- C.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 70 años.
- D.** Al otorgar “La Compañía” el pago de este beneficio.
- E.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

LÍMITE DE EDAD

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

Beneficio Adicional de Triple Indemnización por Accidente Colectivo (TI)

(Operará si aparece estipulado en la Póliza de Seguro)

ACCIDENTE

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".

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 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%

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 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 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.
- 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 contenidas 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. El “Contratante” podrá solicitar la cancelación del beneficio durante la vigencia de la póliza y se le devolverá, en un plazo que no excederá los 30 días naturales, la prima cobrada no devengada deduciendo los gastos de adquisición, gasto de administración y el margen de utilidad que LA COMPAÑÍA tenga registrados para este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**
- 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.**

LÍMITE DE EDAD

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



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.

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.



**GENERAL
DE SEGUROS**

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 26 de marzo de 2012, con el número CNSF-S0009-0053-2012/ CONDUSEF-002125-05; a partir del día 30 de marzo de 2015, con el número CGEN-S0009-0064-2015; a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-S0009-0168-2016; a partir del día 10 de junio de 2021, con el número BADI-S0009-0029-2021 y a partir del día 09 de septiembre de 2025, con el número CGEN-S0009-0050-2025.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Notas

[illegible]



**GENERAL
DE SEGUROS**

N-03- AEPsD-07.26



**GENERAL
DE SEGUROS**

SEGUROS DE VIDA

CENTRO DE ATENCIÓN



CALL CENTER

55 5278 8888

CORREO ELECTRÓNICO

atencionaclientes@gsalud.com.mx

Oficina Matriz

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

N-03-AEPSD-07.26

generaldeseguros.mx

