

Indice

<i>Capítulo</i>		<i>Página</i>
<i>I</i>	<i>Cláusulas Generales</i>	<i>1</i>
<i>II</i>	<i>Características del Plan</i>	<i>5</i>
<i>III</i>	<i>Coberturas Adicionales</i>	<i>6</i>
<i>IV</i>	<i>Beneficiarios y Pago de Sumas Aseguradas</i>	<i>12</i>

I. Cláusulas Generales

1. Contratante

Es la persona física o moral indicada en la carátula de la póliza con quien se celebra el Contrato, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

2. Compañía

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

3. Colectividad Asegurable

Está constituida por el conjunto de personas representadas por el Contratante y que pueden ser dadas de alta en la póliza, de acuerdo a como se indica en la carátula de la póliza.

4. Colectividad Asegurada

Está constituida por los integrantes de la Colectividad Asegurable que otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados y sean aceptados por la Compañía, quedando inscritos en el registro de asegurados.

Las personas que no cumplan con la definición de Colectividad Asegurable que aparece en la carátula de la póliza, y las que no hayan cubierto los requisitos para ingresar a la Colectividad Asegurada, no serán aseguradas dentro de la póliza, aún cuando aparezcan en el registro de Asegurados y/o haya sido pagada su prima correspondiente. Para estos casos, el seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial, y el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de la prima pagada. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

5. Asegurado

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, que se encuentran amparados por los riesgos cubiertos por la póliza.

6. Contrato

La póliza, la solicitud, el registro de Asegurados correspondiente, los consentimientos, los certificados individuales, estas condiciones generales y los endosos constituyen testimonio del Contrato de seguro.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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 (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

7. Convenio de Auto-administración

Es el convenio que, en su caso, firman el Contratante y la Compañía, en el cual se estipulan los procedimientos de administración de la póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

8. Vigencia

El Contrato entrará en vigor desde las 12 horas de la fecha de emisión indicada en la carátula de la póliza y permanecerá en vigor durante el plazo del seguro contratado.

9. Modificaciones

Las condiciones generales de la póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

10. Carencia de restricciones.

Salvo las exclusiones establecidas para las Coberturas Adicionales indicadas en el Capítulo III, este Contrato no está sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, viajes u ocupación de los Asegurados.

11. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Si la póliza se contrata en moneda extranjera, las obligaciones se cumplirán entregando su equivalente en Moneda Nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

12. Prima

La prima total de la Colectividad Asegurada será la suma de las primas que correspondan a cada miembro de la Colectividad Asegurada, de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

A cada miembro de la Colectividad Asegurada que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato y a los que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, se le aplicará la cuota promedio por meses completos.

13. Edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 15 a 70 años de edad.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso, se devolverá al Contratante la prima pagada no devengada correspondiente a la fecha de rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- 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 Compañía 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 Compañía ya hubiere satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el tiempo de la celebración del contrato.

En caso de contratar Coberturas Adicionales, los límites de admisión y cobertura serán los estipulados en las cláusulas de cada una.

14. Movimientos de Asegurados

14.1. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre y edad de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada.
- b) Suma asegurada que les corresponda.
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.

La Compañía deberá entregar al Contratante copias autorizadas de este registro, salvo en las pólizas bajo Convenio de Auto-administración.

14.2. Altas

El Contratante se obliga a comunicar las altas a la Colectividad Asegurable, y la Compañía podrá asegurar a todas las personas de la Colectividad Asegurable que reúnan las condiciones de admisión fijadas en la póliza. Para este objeto, el Contratante deberá enviar a la Compañía los consentimientos individuales correspondientes, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de alta a la Colectividad Asegurable de cada persona.

14.3. Aumento de Suma Asegurada

Los Asegurados podrán aumentar las sumas aseguradas de acuerdo a las condiciones, primas y requisitos de asegurabilidad vigentes a la fecha de su solicitud. El Contratante deberá solicitar a la Compañía dicho aumento de suma asegurada, con el reporte correspondiente, dentro de un término de treinta días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió la modificación que dio origen al aumento de suma asegurada. El incremento de suma asegurada tendrá efecto a partir del día en que se apruebe por la Compañía.

14.4 Bajas en la Colectividad Asegurada

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

El Contratante se obliga a comunicar a la Compañía todas las bajas de asegurados que se separen de la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se hayan producido. Para estos casos, la Compañía restituirá al Contratante la prima no devengada por meses completos correspondiente a dichos certificados. En las pólizas bajo convenio de Auto-administración, esta restitución procederá al final de la vigencia, de acuerdo a lo establecido en el convenio correspondiente.

15. Pago de Primas

La forma de pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de la póliza.

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida.

No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente a cada periodo de pago anual o, en caso de que la forma de pago sea fraccionada, a partir de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía. Durante este término el seguro continuará en pleno vigor y si dentro de él ocurre un siniestro, la Compañía pagará la suma asegurada contratada, pudiendo deducir de la indemnización a que tenga derecho el asegurado o beneficiario, la prima del grupo por el periodo de pago en curso, vencida y no pagada.

Si el Contratante no liquida la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término.

El contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de la póliza, o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o Asegurado tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar de los asegurados el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

16. Derecho a Seguro Individual

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente de la Colectividad Asegurada, en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere la Compañía, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada de la Colectividad deberá presentar su solicitud a la Compañía dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

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

Los Asegurados que hubieren adquirido un seguro individual tendrán derecho a formar nuevamente parte de la Colectividad Asegurada, siempre que presenten requisitos de asegurabilidad satisfactorios a juicio de la Compañía y regresen al servicio activo del Contratante.

17. Disputabilidad

Este Contrato, dentro de los dos primeros años de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que dicha rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes el Contrato será indisputable.

18. Suicidio

En caso de muerte por suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua del Certificado Individual, contado a partir de su fecha de emisión o, en su caso, de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada. La Compañía sólo estará obligada a devolver la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro de la Colectividad Asegurada al cual corresponda el Certificado Individual.

19. Cambio de Contratante

Cuando haya cambio de Contratante en el caso del inciso a) del artículo 2º. del Reglamento del Seguro de Grupo, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio; sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

20. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y/o los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

21. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que deberá hacer dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta Institución de Seguros a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

22. Comunicaciones

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante o de los Asegurados deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en las presentes condiciones. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía le deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los beneficiarios, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

23. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros 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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

24. Indemnización por Mora

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

II. Características del Plan

1. Plan del Seguro

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando ésta y el certificado correspondiente se encuentren en vigor.

Salvo pacto en contrario, se entenderá que el período del seguro es de un año.

2. Renovación

La Compañía podrá renovar el Contrato, mediante endoso en la póliza, aplicando para tal efecto la tarifa de primas en vigor en la fecha de la renovación.

3. Participación en las Utilidades

El Contratante y el Asegurado, en su caso, podrán o no participar de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable, en cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se establecerá en la póliza:

- a) Recibir la participación de acuerdo a la siniestralidad de la totalidad de las pólizas expedidas en el mismo plan que ampara este contrato. La participación será cuando menos del 50% del beneficio que obtenga la Compañía. La regla que utilice la Compañía para determinar la participación que corresponda a este tipo de pólizas, será sobre las bases aprobadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación.*
- b) Que la participación sea calculada en base a su propia experiencia en siniestralidad, de acuerdo a los sistemas aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Esta opción solo se otorgará cuando el número de Asegurados sea superior a 500.*
- c) No participar de la utilidad por siniestralidad favorable lo cual se indicará en la póliza con la leyenda "Costo Garantizado" o "Sin Participación de Utilidades".*

III. Coberturas Adicionales

Durante la vigencia de ésta póliza, los miembros de la Colectividad Asegurada a quienes se les otorgue, podrán complementar su protección a través de las Coberturas Adicionales, las cuales operarán únicamente si se han contratado y en la carátula se indica la leyenda correspondiente.

- **MA** Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental
- **MAC** Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental Colectiva
- **MAPM** Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros
- **MAPMC** Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva
- **PM** Pago de la suma asegurada por Pérdida de Miembros
- **BEPP** Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
- **BEPPA** Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente Ajustable
- **BITP** Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- **BITPA** Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente
- **SEVI** Pago de la suma asegurada por Enfermedad Grave

3.1 Definiciones

Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Enfermedad

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este Contrato, sólo las enfermedades que se manifiesten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Pérdidas Orgánicas

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

Invalidez Total y Permanente

Por Invalidez Total y Permanente se entiende cualquier lesión corporal a causa de un accidente o una enfermedad que se presente durante la vigencia del beneficio contratado que imposibilite permanentemente al Asegurado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

Independientemente de lo anterior, se considerarán como Invalidez Total y Permanente, y no se tomará en cuenta el periodo a que se refiere la parte final del primer párrafo de esta definición, lo siguiente:

- a) la pérdida completa y definitiva de la vista en ambos ojos,
- b) la amputación o anquilosis total de ambas manos,
- c) la amputación o anquilosis total de ambos pies,
- d) la amputación o anquilosis total de una mano y un pie,
- e) la amputación o anquilosis total de una mano y la vista de un ojo,
- f) la amputación o anquilosis total de un pie y la vista de un ojo.

En el caso de Invalidez por accidente, se considerará como tal si ésta se presenta dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

3.2 Coberturas Adicionales por Accidente

3.2.1 MA Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios la suma asegurada que corresponda al Asegurado fallecido.

3.2.2 MAC Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental Colectiva

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente se presenta el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional que corresponda al Asegurado fallecido o bien pagará el doble de la suma asegurada para esta cobertura adicional si el fallecimiento del Asegurado ocurriera:

- a) Mientras el Asegurado viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares
- o
- b) Mientras el Asegurado viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

3.2.3 MAPM Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un accidente ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional o bien si a causa de un accidente el Asegurado sufriera alguna pérdida de miembros la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.4 MAPMC Pago de la suma asegurada por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un accidente ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional que corresponda al Asegurado fallecido o bien si a causa de un accidente el Asegurado sufriera alguna pérdida de miembros la Compañía le pagará el porcentaje de suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

O bien, la Compañía le pagará el doble de la suma asegurada de esta cobertura adicional si el fallecimiento o la pérdida de miembros del Asegurado ocurrieran:

- a) Mientras el Asegurado viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares o
- b) Mientras el Asegurado viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio público (exceptuando minas) o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

3.2.5 PM Pago de la Suma Asegurada por Pérdida de Miembros

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un accidente el Asegurado sufriera alguna pérdida de miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.6 Tabla de Pérdidas Orgánicas

Si a causa de un accidente el Asegurado perdiera alguno de sus miembros la Compañía le pagará el porcentaje de suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la siguiente tabla de pérdidas orgánicas.

<i>Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos</i>	100 %
<i>Una mano y un pie</i>	100 %
<i>Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo</i>	100 %
<i>Una mano o un pie</i>	50 %
<i>La vista de un ojo</i>	30 %
<i>El pulgar de cualquier mano</i>	15 %
<i>El índice de cualquier mano</i>	10 %

3.2.7 Exclusiones

Las Coberturas Adicionales por Accidente no surtirán efecto en aquellos casos en que la muerte o pérdida de miembros sobrevenga como consecuencia de:

- a) Suicidio o lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- b) Riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
- c) Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- d) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.**
- e) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- f) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- g) Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**
- j) Radiaciones atómicas o ionizantes.**
- k) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**

3.3 Coberturas Adicionales por Invalidez

Durante la vigencia del certificado correspondiente, los miembros de la Colectividad Asegurada a quienes se les otorguen, gozarán de las coberturas adicionales por invalidez total y permanente.

Quedarán cubiertos mediante estas coberturas aquellos casos que hayan sido dictaminados como invalidez total y permanente dentro de la vigencia de la póliza.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el caso haya sido dictaminado dentro de la vigencia de la póliza como invalidez total y permanente por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia, así como que sea ratificado por el médico de la Compañía, de acuerdo con las condiciones del Asegurado al momento de la reclamación.

3.3.1 BEPP Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el Asegurado se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía lo asegurará por fallecimiento durante todo el tiempo que subsista la Invalidez, sin más pago de primas, con la suma asegurada que tenga contratada en la fecha en que se haya diagnosticado su estado de invalidez total y permanente.

La exención de pago de primas no se aplicará a las Coberturas Adicionales contratadas y la suma asegurada por fallecimiento se mantendrá fija durante todo el tiempo que subsista la invalidez.

3.3.2 BEPPA Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente Ajustable

Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el Asegurado se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía lo asegurará por fallecimiento durante todo el tiempo que subsista la invalidez, sin más pago de primas, con una suma asegurada inicial igual a la que tenga contratada en la fecha en que la Compañía haya reconocido su estado de invalidez total y permanente

La exención de pago de primas no se aplicará a las Coberturas Adicionales contratadas y la suma asegurada por fallecimiento se ajustará anualmente de acuerdo a las variaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) que publique el Banco de México. Si la publicación del INPC es discontinuada, aplazada o si por alguna otra causa no está disponible para este uso, se tomarán como base los índices que con carácter general se den a conocer por las autoridades.

3.3.3 BITP Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el Asegurado se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda al Asegurado inválido.

3.3.4 BITPA Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia del certificado correspondiente, el Asegurado se invalidara total y permanentemente a causa de un accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda al Asegurado inválido.

3.3.5 Pruebas para comprobar la Invalidez

Para que la Compañía conceda el pago de la indemnización correspondiente, el Asegurado deberá presentar a la misma, pruebas de su estado de invalidez total y permanente, mismas que deberán ser confirmadas por un médico nombrado por la Compañía.

La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe a su costa, la persistencia del estado de incapacidad total y permanente, mediante una revisión del estado físico y mental del Asegurado a través de un médico, así como, examinarlo durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brindan estas coberturas adicionales. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le imponen las presentes coberturas.

3.3.6 Cancelación automática.

Estas Coberturas Adicionales de Invalidez terminarán para cada Asegurado sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa de ésta, en el aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 60 años o cuando expire el plazo de las coberturas o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura básica contratada, lo que ocurra primero.

Asimismo, la cobertura de exención de pago de primas por invalidez total y permanente quedará cancelada si el Asegurado se negase a ser examinado o la Compañía comprobase que ya está dedicado al desempeño de la actividad que desarrollaba en el momento de presentarse la invalidez, o de alguna otra similar que le produzca una remuneración o utilidad equivalente a aquella y se reanuda su obligación de efectuar el pago de primas de la póliza a partir de la que venza inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los hechos anteriores.

3.3.7 Exclusiones

Las Coberturas Adicionales por Invalidez no surtirán efecto en aquellos casos en que la invalidez haya sido provocada por:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.**

- b) Riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
- c) Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- d) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**
- e) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.**
- f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- g) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.**
- h) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:**
 - **se hubieren manifestado, y/o**
 - **fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o**
 - **hayan generado un gasto.**
 - **hayan sido aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, siempre que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un médico así lo determine.**
- i) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**
- j) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- k) Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- l) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- m) La participación en eventos de paracaidismo, buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**
- n) Padecimientos derivados de intento de suicidio.**
- o) Cancelación de licencia expedida por el gobierno federal o estatal para el ejercicio de una actividad o profesión.**
- p) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.**
- q) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.**

4 Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad Grave (SEVI)

El Asegurado tendrá derecho a recibir la suma asegurada contratada para esta Cobertura Adicional en caso de que se le diagnostique alguna de las enfermedades abajo detalladas, siempre y cuando esta Cobertura se encuentre en vigor al momento del diagnóstico de la enfermedad específica.

Para los efectos de esta Cobertura, se considerará que el Asegurado padece una de las enfermedades abajo descritas a partir de la fecha en que se le diagnostique. El diagnóstico deberá ser de forma definitiva por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o en su caso, a partir de la fecha en que dicho diagnóstico hubiere sido corroborado por un médico en los términos a continuación especificados.

Las enfermedades cubiertas deberán ajustarse a las definiciones a continuación descritas:

Infarto al Miocardio La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias.

Para efectos de esta Cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia

Cáncer La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la enfermedad de Hondgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

Enfermedad Cerebrovascular Una enfermedad o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

Insuficiencia Renal Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

Trasplante de Órganos Vitales La realización de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, pero no en calidad de donante.

Parálisis y Paraplejía La pérdida total del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

La Compañía se reserva el derecho de poder comprobar a su costa el diagnóstico presentado, solicitándole al Asegurado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que se consideren necesarias. En caso de que el Asegurado se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente Cobertura. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

Esta cobertura estará vigente a partir de su fecha de inicio de vigencia, indicado en la carátula de la Póliza.

Esta cobertura terminará para cada Asegurado sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa de ésta, en el aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 60 años de edad o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura básica contratada, lo que ocurra primero.

Los límites para contratar esta Cobertura Adicional son de 12 a 55 años.

En caso de reclamación, el Asegurado deberá presentar una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.

La Compañía le entregará al Asegurado la suma asegurada correspondiente, al tener en su poder las pruebas del diagnóstico de la enfermedad, siempre y cuando dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta Cobertura, indicada en la carátula de esta póliza, o en su caso a los beneficiarios designados.

La Cobertura Adicional por Enfermedades Graves no surtirá efecto en aquellos casos en que los padecimientos de las enfermedades especificadas hayan sido provocadas por:

- a) **Lesiones que deliberadamente se cause el Asegurado o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.**
- b) **Riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
- c) **Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- d) **Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.**
- e) **Un estado de revolución o guerra declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el Asegurado.**
- f) **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- g) **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas las que antes del inicio de la vigencia de este beneficio:**

- *se hubieren manifestado, y/o*
- *fueron tratadas o diagnosticadas por un médico, y/o*
- *hayan generado un gasto.*
- *hayan sido aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, siempre que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un médico así lo determine.*

h) La presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

También quedan excluidas todas las Enfermedades que no sean las anteriormente descritas en esta Cobertura Adicional.

IV. Beneficiarios y Pagos de Sumas Aseguradas

1. Beneficiarios

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer designación de sus beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre de los beneficiarios.

Cuando no exista beneficiario, la suma asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará la Suma Asegurada al último beneficiario(s) del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

La Suma Asegurada se pagará a los beneficiarios, tan pronto como la Compañía reciba las pruebas del fallecimiento del Asegurado y de los derechos de los Beneficiarios.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los supervivientes salvo indicación en contrario por parte del Asegurado.

Habiendo beneficiarios menores de edad o incapacitados, la representación legal de éstos corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad, esto es, a los padres y a falta de ellos, a los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar tomando en cuenta las circunstancias del caso.*
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.*

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante.

2. Pago de la Suma Asegurada

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada por fallecimiento que corresponda, conforme a las reglas establecidas en este Contrato. Las sumas aseguradas por las Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente se pagarán al Asegurado inválido o bien al beneficiario preferente en caso de así haberlo estipulado.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno y en otro caso, deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

3 Información acerca del siniestro

La Compañía tendrá derecho a pedir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4. Pago Inmediato de Gastos Finales

La Compañía pagará inmediatamente al ocurrir el fallecimiento del Asegurado un 30% de la suma asegurada con máximo del equivalente a 40 meses de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal a la fecha del siniestro, considerando todas las pólizas expedidas por la Compañía a favor del Asegurado y que al momento del fallecimiento se encuentren en vigor.

El importe de esta cláusula se cubrirá al beneficiario que presente el acta certificada de defunción y siempre que haya transcurrido el periodo de disputabilidad.

En caso de que hubiere varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la Compañía el acta certificada de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La Compañía descontará de la liquidación total del seguro, el pago efectuado por la aplicación de esta cláusula.