



Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa Av. Insurgentes 3500, Col. Peña Pobre, 14060, México, D.F., Teléfonos de atención 01-800-90-90000 desde el interior de la República o 5447-8000 en el D.F. y su área metropolitana.

Condiciones Generales del Seguro de Grupo Vida Renovación Mensual (Experiencia Global)

Índice

Capítulo		Página
I	Cláusulas Generales	1
II	Características del Plan de Seguro (Cobertura Básica)	8
III	Coberturas Adicionales	9
IV	Beneficiarios y Pago de Sumas Aseguradas	16

I. Cláusulas Generales

1.1. Definiciones

Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado.

Aseguradora, Compañía o Institución

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

Contrato

La solicitud de seguro, esta póliza, el Registro de Asegurados, los consentimientos, los certificados individuales y los endosos adicionales, son parte del Contrato de seguro y constituyen prueba de su celebración.

“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.

Contratante

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

Grupo Asegurado

Está constituido por el 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, que sean aceptados como Asegurados por la Compañía, quedando inscritos en el Registro de Asegurados de esta póliza.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por algún error sean inscritas en el Registro de Asegurados de la póliza, por lo que el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las primas pagadas. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el Registro de Asegurados la presente definición.

1.2. Endoso de Auto-administración

Documento mediante el cual se estipulan los procedimientos administrativos y operativos de la póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

Este endoso operará únicamente si en la carátula de la póliza se indica que esta póliza se encuentra sujeta al endoso de Auto-administración.

1.3. Vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en la carátula de esta póliza.

La vigencia de los certificados individuales principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en dichos certificados y están supeditados a la vigencia de esta póliza. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

1.4. Terminación anticipada del Contrato

No obstante el término de vigencia del Contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía.

En caso de que el Contratante o Asegurado den por terminado anticipadamente este Contrato, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, por lo que la única obligación de la Compañía será devolver la prima de tarifa neta del costo de adquisición no devengada.

1.5. Modificaciones

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse a la renovación automática de la misma previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos endosos; en consecuencia, los

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

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el Registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

1.6. Carencia de restricciones

Salvo lo señalado en la cláusula general 1.13. Suicidio, así como en 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.

1.7. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago. Si esta póliza se contrata en moneda extranjera, las obligaciones se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

1.8. Prima

La suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado conformará la prima total de esta póliza.

La prima para cada miembro del Grupo Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato será proporcional a los días exactos que transcurran desde su fecha de alta y hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

La forma de pago de las primas es pago único.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

La forma de pago único establecida para esta póliza, se indica en la carátula de la misma y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

La fecha de vencimiento para pagar la prima de esta póliza es el plazo de vigencia de la póliza, que se renueva automáticamente cada mes.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada periodo de pago, dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

Si el Contratante no liquida la prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni 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, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

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 esta 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 alguno de los Asegurados 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 una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

1.9. Edad

Solamente pueden ser aseguradas las personas cuya edad mínima sea de 12 (doce) años y la máxima sea de 70 (setenta) años cumplidos a la fecha de emisión del correspondiente certificado individual.

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 en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de algún Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el certificado individual, a no ser que su edad real al tiempo de la celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática del certificado individual 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 hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a que se le devuelva 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 del Asegurado 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, 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 para cada una en el Capítulo III "Coberturas Adicionales".

1.9.1. Descuento de Mujeres

Cuando esta póliza se haya contratado bajo la modalidad de "Experiencia Global" se aplicará un descuento a las personas de sexo femenino de 3 (tres) años a su edad real para el cálculo de primas de la Cobertura Básica, de las Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente y de la Cobertura Adicional de Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad Grave (SEVI).

En este caso se respetará la edad mínima de cálculo de 12 (doce) años.

El descuento no operará cuando la póliza se contrate a edad promedio del Grupo.

1.10. Movimientos de Asegurados

1.10.1. Registro de Asegurados

La Compañía formará un Registro de Asegurados de esta póliza, el cual contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado,
- b) Suma asegurada o regla para determinarla,
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado 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, salvo en las pólizas expedidas con el endoso de Auto-administración, dado que en éstas la información aludida obra en poder del Contratante.

1.10.2. Altas

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 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 Asegurado.

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 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, 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 Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

1.10.3. Bajas en el Grupo Asegurado

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 total no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Cualquier restitución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Cuando los integrantes del Grupo Asegurado contribuyan en el pago de la prima y alguno de ellos no cubra al Contratante la parte a que se hubiese obligado, éste último podrá solicitar a la Compañía la baja de esta póliza del Asegurado de que se trate.

1.10.4. Modificaciones en la situación de los Asegurados

El Contratante y el Asegurado deberán informar por escrito a la Compañía cualquier modificación en la situación de este último que afecte las condiciones del riesgo, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al momento en que las conozcan, a fin de que la Compañía realice la modificación correspondiente en esta póliza a partir de la fecha en que cambió dicha situación y ajuste el importe de la prima. Si se omitiere el aviso, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Cuando la modificación afecte la regla para determinar las sumas aseguradas, será necesario que el Contratante entregue a la Compañía dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes a que se determine la modificación, los nuevos consentimientos en donde conste dicha modificación. En caso de que no se entreguen a la Compañía los nuevos consentimientos prevalecerá la regla establecida en anteriores certificados.

1.11. Derecho a Seguro Individual

Cuando el objeto de este Contrato sea otorgar una prestación laboral a cargo del Contratante, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir Cobertura Adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, 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 Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (en lo sucesivo referida como "la Comisión"). El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

1.12. Disputabilidad

Este Contrato y los certificados individuales serán disputables durante los dos primeros años contados a partir de su fecha de vigencia, por omisión, falsedad o inexacta declaración de los hechos necesarios que se proporcionen para la apreciación del riesgo, respecto de aquellos Asegurados a los que se les hayan aplicado requisitos de asegurabilidad para la selección del riesgo.

1.13. Suicidio

La Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada en caso de muerte por suicidio de alguno de los Asegurados ocurrido dentro del segundo año contado a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de su certificado individual, cualquiera que haya sido su causa y su estado mental o físico. La Compañía sólo reembolsará a los Beneficiarios del Asegurado el importe de la reserva matemática que corresponda a dicho certificado, en la fecha que ocurra el fallecimiento del Asegurado. No obstante lo anterior, la Compañía estará obligada al pago de la suma asegurada aún en caso de muerte por suicidio cualquiera que sea el estado físico o mental, una vez transcurrido dicho segundo año.

1.14. Cambio de Contratante

Cuando el objeto de este Contrato sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada, apegándose a lo previsto en el artículo 7 del "Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades". Cualquier reembolso de prima se realizará por conducto del Contratante.

1.15. Ocurrencia del siniestro

Con base en el Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, tan pronto como el Contratante o los Asegurados o sus Beneficiarios, tengan conocimiento de la realización de un siniestro cubierto por esta póliza, deberá(n) notificarlo por escrito a la Compañía.

1.16. Comprobación del Siniestro

Con la aceptación de esta póliza, los Asegurados autorizan a la Compañía para que solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que los hayan atendido o que los atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus padecimientos anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, los Asegurados, sus cónyuges o concubinas(rios) o sus Beneficiarios deberán cumplir con la obligación de presentar, en caso de siniestro, un resumen clínico así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los padecimientos correspondientes ya que el mismo es indispensable para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación.

En caso de que los Asegurados, sus cónyuges o concubinas(rios) o sus Beneficiarios se negaran injustificadamente a proporcionar esta información o documentos, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone el presente Contrato.

1.17. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá 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 a Usuarios de la Compañía en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negación de la Compañía de satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante la 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, de conformidad con el último párrafo del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.18. Comunicaciones

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados o de los Beneficiarios deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en la carátula de esta póliza y en los certificados individuales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los Beneficiarios, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

1.19. Prescripción

Las acciones que deriven de este Contrato de seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea el fallecimiento de los Asegurados y en 2 (dos) años en los demás casos. Estos plazos se contarán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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 a Usuarios de la Compañía.

1.20. 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que a continuación se transcribe:

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la 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. En caso de reparación o reposición del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

c) La obligación principal.

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

IX. 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.

X. 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 a 15000 Días de Salario.

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

1.21. Comisiones

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 comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención 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.

II. Características del Plan de Seguro (Cobertura Básica)

2.1. Plan del Seguro (Cobertura Básica)

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra estando vigentes esta póliza y el certificado correspondiente.

2.2. Experiencia Global

Cuando en la carátula de la póliza se indique que la misma se contrató bajo la modalidad de Experiencia Global, esto significa que la prima del Grupo Asegurado está determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la cartera de este producto en la Compañía.

2.3. Renovación Automática

Esta póliza se renovará sin necesidad de solicitud expresa del Contratante por periodos mensuales, en las mismas condiciones en que fue contratada, iniciando la cobertura el mismo día del mes que la vigencia anterior, con excepción de los días 31, en cuyo caso el día de vigencia será a partir del día primero de cada mes.

Dicha renovación se llevará a cabo en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del “Reglamento del Seguro de Grupo para Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”, en la fecha de vencimiento del Contrato y se realizará sin requisitos de asegurabilidad, sin que los periodos de espera y las edades límite de contratación contempladas en estas condiciones generales, puedan ser modificadas, ni tampoco se podrá condicionar la continuidad de la atención de un siniestro a la renovación de la póliza. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en la nota técnica respectiva.

III. Coberturas Adicionales

Durante la vigencia de ésta póliza, los miembros del Grupo Asegurado 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.

Coberturas Adicionales de Accidente

- ❖ **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.

Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente

- ❖ **BEPP** Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.
- ❖ **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.

Otra Cobertura Adicional

- ❖ **SEVI** Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad Grave.

3.1 Definiciones

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzcan su muerte, y ésta ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho acontecimiento.

Accidente cubierto

Se considerará como tal, a aquel que ocurra dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual del Asegurado afectado.

Enfermedad

Es la alteración de la salud del Asegurado 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 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia de cada Cobertura Adicional indicada en cada certificado individual y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad Preexistente

Aquella Enfermedad que previamente a la celebración de este Contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) que se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por una Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se haya hecho algún gasto para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

Si el Asegurado se sometió a examen médico a solicitud de la Compañía, ésta no podrá aplicarle las disposiciones relativas a las Enfermedades Preexistentes respecto de las Enfermedades relativas al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticadas en el citado examen.

Invalidez Total y Permanente

Es cualquier lesión corporal a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, que se presente durante la vigencia de la Cobertura Adicional contratada, que imposibilite permanentemente al Asegurado afectado 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 (seis) meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la Invalidez Total y Permanente por un médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

En el caso de Invalidez Total y Permanente, se considerará como tal si ésta se presenta dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente cubierto y como consecuencia del mismo. Independientemente de lo anterior, se considerarán como Invalidez Total y Permanente y no se tomará en cuenta el periodo a que se refiere la primera parte de este párrafo, 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, y
- f) la amputación o anquilosis total de un pie y la vista de un ojo.

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 1 (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 2 (dos) falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

3.2 Coberturas Adicionales por Accidente

Los límites de edad para contratar estas Coberturas Adicionales son de 12 (doce) a 70 (setenta) años.

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 cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus Beneficiarios la suma asegurada contratada para esta Cobertura Adicional para dicho Asegurado.

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 cubierto se presenta el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus 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 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 viajare como pasajero en un ascensor que opere 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 cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus Beneficiarios la suma asegurada contratada para esta Cobertura Adicional o bien si a causa de un Accidente cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus 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 cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus Beneficiarios la suma asegurada contratada para esta Cobertura Adicional que corresponda a dicho Asegurado o bien si a causa de un Accidente cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus 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 pagará el doble de la suma asegurada de esta Cobertura Adicional si el fallecimiento o la pérdida de miembros del Asegurado ocurrieran:

- a) Mientras 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 viajare como pasajero en un ascensor que opere 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 cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.5.1 Tabla de Pérdidas Orgánicas

Sí a causa de un Accidente cubierto 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 Perdidas Orgánicas.

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

3.2.6 Exclusiones

Las Coberturas Adicionales de 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 Asegurado o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
- 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, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que participe directamente 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) La participación en eventos de alpinismo, tauromaquia, buceo, motociclismo, paracaidismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.**

3.3 Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente

Los límites de edad para contratar estas Coberturas Adicionales son de 12 (doce) a 60 (sesenta) años.

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

Si durante el plazo de pago de primas del Plan del Seguro contratado (Cobertura Básica) y antes del aniversario del correspondiente certificado individual inmediato posterior en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, la Compañía eximirá del pago de la prima correspondiente a dicho plan, a partir de la prima que venza después de la fecha en que se le diagnostique su estado de Invalidez Total y Permanente. La suma asegurada del Plan del Seguro siempre se mantendrá fija.

La exención de pago de primas no aplicará a ninguna de las Coberturas Adicionales contratadas.

3.3.2 BITP Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Si durante la vigencia de esta Cobertura Adicional el Asegurado se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda a dicha Cobertura Adicional, indicada en el correspondiente certificado individual.

3.3.3 BITPA Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia de esta Cobertura Adicional el Asegurado se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente cubierto, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda a dicha Cobertura Adicional, indicada en el correspondiente certificado individual.

3.3.4 Pruebas para comprobar la Invalidez

Al solicitar el otorgamiento de alguno de los Beneficios de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar, a su costa, pruebas de su estado de Invalidez Total y Permanente, mismas que deberán ser confirmadas por un médico especialista en la materia nombrado por la Compañía.

Cuando la Compañía lo estime necesario, podrá exigir que se le compruebe a su costa, el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado mediante una revisión del estado físico y mental del Asegurado afectado a través de un médico especialista en la materia, 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 afectado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le imponen las presentes coberturas.

La Compañía sólo podrá determinar la improcedencia de alguno de los Beneficios de Invalidez Total y Permanente, cuando tal improcedencia se sustente con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia. Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, la Compañía podrá declinar el siniestro o reclamación si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

3.3.5 Cancelación automática.

Estas Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente terminarán sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de alguna declaración expresa, hasta el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años o cuando expire el plazo de las mismas o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar el Plan del Seguro (Cobertura Básica), lo que ocurra primero.

En caso de que el Asegurado afectado se hubiere Invalidado Total y Permanentemente y la Compañía hubiere otorgado la Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, si éste se negase a ser examinado o la Compañía comprobare que se está dedicado al desempeño de la actividad que desarrollaba en el momento de presentarse la invalidez o a alguna otra que le produzca una remuneración, o utilidad equivalente a

aquella, cesarán los beneficios otorgados por dicha cobertura y se reanudará la obligación de efectuar el pago de primas del certificado individual a partir de la que venza inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los hechos anteriores.

3.3.6 Exclusiones

Las Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente no surtirán efecto en aquellos casos en que la invalidez haya sido provocada 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 algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizadas en forma distinta a dicha prescripción.**
- 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, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que participe directamente el Asegurado.**
- e) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- f) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.**
- g) Enfermedades Preexistentes.**
- h) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- i) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- j) Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- k) La participación en eventos de buceo, tauromaquia, motociclismo, paracaidismo o cualquier clase de actividad aérea, salvo pacto en contrario.**
- l) Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

En ningún caso, la cancelación de cualquier tipo de licencias o permisos expedidos para el ejercicio de una actividad o profesión, se considerará como invalidez.

3.4 Otra Cobertura Adicional

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

Los límites de edad para contratar esta Cobertura Adicional son de 12 (doce) a 55 (cincuenta y cinco) años.

En caso al Asegurado se le diagnostica alguna de las 7 (siete) Enfermedades Graves que se enuncian más adelante, la Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada contratada para esta Cobertura Adicional señalada en la carátula de esta póliza y en el certificado individual, en una sola exhibición, al tener en su poder las pruebas del diagnóstico de la Enfermedad.

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir se le pruebe a su costa el diagnóstico presentado, solicitándole al Asegurado afectado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere

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.

El Asegurado deberá presentar a la Compañía 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.

Esta cobertura terminará para cada Asegurado, sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa, en el aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura del Plan del Seguro, lo que ocurra primero.

Las enfermedades cubiertas son:

- Infarto al Miocardio;
- Cáncer;
- Enfermedad Cerebro Vascular;
- Afección de las arterias coronarias que requieran de cirugía de bypass;
- Insuficiencia Renal;
- Trasplante de Órganos Vitales, y
- Parálisis/Paraplejia.

Las enfermedades cubiertas deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto al Miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva por 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

Enfermedad provocada por un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático. **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 Cerebro Vascular

Una enfermedad o accidente cerebro vascular 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 2 (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 / Paraplejia

La pérdida total del uso de 2 (dos) o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

El pago de la suma asegurada será otorgado solamente una vez, por lo que ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad o cualesquiera de las otras enfermedades antes indicadas que sea detectada.

3.4.2 Exclusiones

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 algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
- 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, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que participe directamente el Asegurado.**
- f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- g) Enfermedades preexistentes.**
- 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 Pago de Sumas Aseguradas

4.1. Beneficiarios

En cualquier momento el Asegurado podrá designar Beneficiarios o cambiar libremente a los que haya designado, siempre que no exista restricción legal en contrario. Para efectuar dicha designación o cambio deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de los identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s). En caso de que la notificación no se reciba oportunamente la Compañía pagará al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno antes que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales entre los Beneficiarios supervivientes, salvo indicación en contrario por parte del Asegurado.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, en caso de que sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiese designación de nuevo Beneficiario, salvo estipulación en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato sea:

- I. Garantizar créditos concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el Seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente, sin exceder de la suma asegurada convenida. En caso de que la suma asegurada convenida exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al Asegurado o a los Beneficiarios designados distintos al Contratante;
- II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o
- III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Cuando en esta póliza se contrate para garantizar créditos concedidos por el Contratante para que le sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total permanente de los acreditados Asegurados, se deberá observar lo siguiente:

- a) Que la designación de Beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.
- b) Que si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado Asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

Cuando la suma asegurada sea una cantidad equivalente al saldo insoluto del crédito, sin fijar una cantidad líquida, se deberá observar lo siguiente:

- a) El acreditado Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al acreditante Beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios;
- b) La Aseguradora se obliga a notificar al acreditado Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al acreditante Beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y
- c) El acreditado Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Aseguradora para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente.

“ADVERTENCIA: *“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, **NO SE DEBE** señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.*

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

4.2. Pago de la suma asegurada

Las sumas aseguradas correspondientes al fallecimiento del Asegurado se pagarán a sus Beneficiarios, tan pronto como la Compañía reciba las pruebas de su fallecimiento y de los derechos de los reclamantes. Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía las sumas aseguradas que les correspondan.

Las sumas aseguradas de las Coberturas Adicionales por Accidente, serán pagadas al Asegurado o bien a su Beneficiario, según se haya establecido. En caso de las coberturas de pérdidas de miembros, si son varias las pérdidas de miembros acaecidas a causa de uno o varios accidentes, la Compañía pagará las indemnizaciones respectivas, pero en total éstas no podrán exceder de la suma asegurada contratada de la cobertura afectada.

Las sumas aseguradas de las Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente y Enfermedades Graves, se pagarán al Asegurado o bien a sus Beneficiarios, 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.

4.3 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.

4.4. Pago Inmediato de Gastos Finales

El Asegurado podrá informar a sus Beneficiarios que utilicen esta cláusula, por medio de la cual, la Compañía pagará inmediatamente siempre y cuando haya transcurrido el periodo de disputabilidad señalado en la cláusula 1.13. Disputabilidad, al ocurrir su fallecimiento, el importe señalado en los certificados individuales, en caso de existir tal mención o el 30% de la suma asegurada del Plan de Seguro (Cobertura Básica) con máximo del equivalente a 40 (cuarenta) meses de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal a la fecha del siniestro, considerando todas las pólizas y certificados expedidos 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 la copia certificada del acta de defunción del Asegurado, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

En caso de aplicación de esta cláusula, la Compañía descontará de la liquidación final del seguro, el pago efectuado.

“Le recordamos que el Aviso de Privacidad de la Compañía se encuentra a su disposición en www.inbursa.com”.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS, con oficinas en Insurgentes Sur no 3500, col Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C. P. 14060, México D.F., teléfonos de atención en el D.F. y Área Metropolitana (55) 5238-0649 o desde el interior de la República al 01-800-849-1000, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com.

También puede ponerse en contacto con la CONDUSEF, con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, delegación Benito Juárez, c. p. 03100, México D.F., teléfonos (55) 5340-0999 y 01-800-999-8080, página en internet www.condusef.gob.mx, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 2 de Marzo de 2016, con el número CNSF-S0022-0035-2016”.

Muestra
sin valor