



SEGURO DE VIDA GRUPO PRESTACIONES EXPERIENCIA PROPIA

CONDICIONES GENERALES



VIDA

¿Qué hacer en caso de siniestro?

LLAMA AL CENTRO DE ATENCIÓN TELÉFONICA



Reporta el siniestro a nuestro teléfono:

800 - 723 - 47 - 63

Servicio las 24 horas del día los 365 días del año.



AL REPORTARLO, MENCIONA:

- Número de póliza
- Causa de siniestro o motivo de reporte
- Nombre del asegurado
- Fecha del siniestro
- Datos de quien reporta (Nombre completo, teléfono y correo)

Para asesoría y seguimiento de
tu Siniestro, llama al:
800 - 734 - 87 - 61
de lunes a viernes
de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.

Te invitamos a
descargar la app
Afirme Seguros



Android



IOS

SEGUROS GRUPO PRESTACIONES CONDICIONES GENERALES

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010/CONDUSEF-003394-01

ÍNDICE

I. DEFINICIONES	2
II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	3
III. CLÁUSULAS OPERATIVAS	3
Registro de Asegurados	3
Movimiento de Asegurados	3
Certificados Individuales	3
Ingresos al Grupo Asegurado	3
Bajas en el Grupo Asegurado	4
Derecho a Seguro Individual	4
Cálculo de Prima	4
Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima	4
Dividendo	4
Renovación	5
IV. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES	5
Aviso de Siniestro	5
Pago de Indemnizaciones	6
Indemnización por Mora	7
V. CLÁUSULAS GENERALES	7
Vigencia del Contrato	7
Rectificación de la Póliza	7
Modificaciones	7
Carencia de Restricciones	8
Pago de Primas	8
Rehabilitación	8
Edad	8
Disputabilidad	9
Suicidio	9
Beneficiarios	9
Cambio de Contratante	10
Moneda	10
Comunicaciones	10
Prescripción	10
Competencia	11
Participación del Agente	11

I.- DEFINICIONES

Para efectos de las presentes condiciones generales, los siguientes términos (cuando se usen con mayúscula inicial) tendrán los significados que a continuación se establecen que serán igualmente aplicados a las formas singular o plural de dichos términos:

ASEGURADO: toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente póliza y cuyo nombre aparece en el certificado individual.

BENEFICIARIO: persona o personas designadas como tal por el Asegurado cuyos nombres aparecen en el certificado respectivo y que tiene(n) el derecho de recibir la indemnización prevista por el presente contrato.

BENEFICIO: indemnización a que tiene derecho el Beneficiario de la póliza, o en su caso el propio Asegurado, en caso de resultar procedente la reclamación del siniestro relativo a las coberturas amparadas previstas en la presente póliza.

CONTRATANTE: aquella persona física o moral que aparece con ese carácter en la Carátula de la Póliza y que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para el grupo asegurable, el cual se compromete a realizar el pago de la Prima por concepto de seguro.

CONTRATO y/o PÓLIZA: el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, las declaraciones del Contratante y/o Asegurados, entendiéndose como tales los integrantes del grupo asegurable, proporcionadas por escrito a la Institución en la Solicitud de Seguro y en los consentimientos, así como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, certificado, registro de asegurados, endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional entregado por la Institución o a la Institución.

GRUPO ASEGUARABLE: conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración de este contrato.

El grupo asegurable deberá estar constituido por al menos el 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 1,000 personas al inicio de la vigencia del contrato.

GRUPO ASEGURADO: conjunto de personas que pertenezcan al grupo asegurable y habiendo firmado los consentimientos respectivos para ser asegurados, aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados.

DIVIDENDO: participación a la que tiene derecho el Contratante sobre las utilidades por buena siniestralidad que registre la Compañía durante el período de cálculo correspondiente.

ENDOSO: acuerdo entre el Contratante y la Institución, por el cual se modifiquen, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de esta póliza.

INSTITUCION: Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, la Compañía Aseguradora obligada a cubrir las indemnizaciones derivadas del presente contrato.

PERIODO DE GRACIA: plazo otorgado por la Institución, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

PRIMA: valor determinado por la Institución, que el Contratante debe pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO: Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

II.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Por este contrato la Institución, pagará la Suma Asegurada a los beneficiarios del Asegurado si éste fallece dentro del plazo del seguro, mismo que será de un año renovable anualmente. Si el Asegurado viviere al término de dicho plazo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

III.- CLAÚSULAS OPERATIVAS

REGISTRO DE ASEGURADOS: la Institución formará un Registro de Asegurados con los datos de los integrantes del Grupo Asegurado el cual contendrá al menos el nombre, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, así como la Suma Asegurada o la regla para determinarla, las fechas de inicio y fin de vigencia para cada integrante, el número de certificado individual, así como las coberturas amparadas.

La Institución entregará copia de este Registro de Asegurados a petición del Contratante de la póliza.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS: el Contratante de la póliza deberá enviar a la Institución con una periodicidad mensual la siguiente información:

- a) La notificación de altas de nuevos integrantes del Grupo junto con los consentimientos respectivos debidamente firmados.
- b) La notificación de los integrantes que se separaron del Grupo Asegurado durante el mes que se reporta.
- c) La notificación de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que integran el Grupo Asegurado, que afecte las condiciones de riesgo o la aplicación de reglas para determinar las sumas aseguradas.
- d) Los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar la suma asegurada, indicando la forma en que se administrarán.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES: la Institución expedirá y entregará los certificados individuales al Contratante, quien a su vez deberá entregarlos a los Asegurados.

Los certificados deberán contener los datos que requiere el artículo 16 del Reglamento de Seguro del Grupo, que entre otros consisten en: Nombre, teléfono y domicilio de la Institución, número de póliza, número de certificado, nombre del Contratante; nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado; fecha de vigencia tanto de la póliza como del certificado; Suma Asegurada o Regla para determinarla en cada beneficio; nombre de los beneficiarios y las principales cláusulas de la póliza.

INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO: 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 treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los 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 Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO: las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL: la Institución tendrá obligación de asegurar, sin requisitos médicos y por una sola vez, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice "La Institución", con excepción del Seguro Temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Institución. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud por escrito a la Institución dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor en el momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Institución considerando la edad alcanzada del integrante al momento de la separación del Grupo.

El solicitante deberá pagar a la Institución, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los Asegurados que hubieren adquirido Seguro Individual tendrán derecho a formar nuevamente parte del Grupo Asegurado, siempre que presenten requisitos satisfactorios de asegurabilidad a la Institución y regresen al servicio activo del Contratante.

CALCULO DE LA PRIMA: la prima total del Grupo se determinará con base en la experiencia siniestral del Grupo, conforme a la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada Miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por días exactos.

CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA: los integrantes del Grupo Asegurado podrán o no contribuir en el pago de la prima correspondiente, situación que se determinará en la solicitud del seguro.

Cuando un integrante del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja de la Póliza de Seguro a la Institución.

DIVIDENDO: cuando se haya solicitado al contratar la póliza y aparezca especificado en la carátula de la misma, la Institución pagará los dividendos establecidos en la presente cláusula de acuerdo a lo siguiente:

El Contratante o en su caso los miembros del Grupo Asegurado (cuando contribuyan al pago de la prima), participarán de la utilidad que obtenga la Institución por concepto de siniestralidad favorable, bajo la modalidad de experiencia Propia.

Para efectos de esta Cláusula, se entiende por "Experiencia Propia" cuando la prima del Grupo esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o de las pólizas de seguro de Grupo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

La determinación y pago de la participación a pagar se realizará, al finalizar la vigencia de la póliza de acuerdo al procedimiento descrito en el Endoso de Dividendos.

La Institución realizará el pago en efectivo de los dividendos directamente al Contratante. En caso de que los Asegurados tengan derecho a dividendos, el Contratante hará la distribución correspondiente entre cada uno de ellos de forma proporcional a su participación en el pago de la prima.

Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza, ni podrán ser pagados en forma anticipada y/o garantizada. Se entenderá como dividendo anticipado cuando se efectúe su pago con base en la utilidad calculada antes de que finalice el período de vigencia de la póliza.

No se otorgaran dividendos en pólizas cuya vigencia sea menor a un año.

Si con posterioridad a haber realizado el pago de los dividendos en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Institución recibe reclamaciones de siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la póliza al que corresponde los dividendos pagados, se procederá conforme a lo siguiente:

- a) En el caso de que la póliza haya sido renovada, la Institución tendrá el derecho de compensar el importe de las reclamaciones relativas a los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan sido reportados con posterioridad al pago de los dividendos, contra los dividendos correspondientes a la siguiente vigencia.
- b) En el caso de que la póliza no haya sido renovada, el Contratante se obliga a suscribir en favor de la Institución un recibo finiquito por pago de dividendos, obligándose a que en el caso de que la Institución reciba con posterioridad, reclamaciones de siniestros pertenecientes a la vigencia por la cual se pagaron los dividendos, el Contratante deberá de pagar a la Institución el importe de las indemnizaciones que resulten de tales reclamaciones a favor de los Asegurados o Beneficiarios, sin que dichas cantidades puedan exceder en su conjunto el monto de los dividendos pagados.

RENOVACION: la Institución podrá renovar el contrato en las mismas condiciones en que fue celebrado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará las primas de tarifas obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

IV.- PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

AVISO DE SINIESTRO: cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismos que se transcriben a continuación:

“Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

“Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento”

PAGO DE INDEMNIZACIONES: los últimos Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la Cláusula “BENEFICIARIOS” de las presentes Condiciones Generales, previa la comprobación de la muerte del Asegurado.

La Institución pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Enunciativa mas no limitativamente, la documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

- Original del Certificado Individual del Asegurado
- Último recibo de nómina
- Forma de Reclamación de Siniestro debidamente requisitada por los Beneficiarios. (se deberá solicitar previamente a la Institución)
- Declaración de Fallecimiento 1 debidamente requisitada por los Beneficiarios. (se deberá solicitar previamente a la Institución)
- Declaración de Fallecimiento 3 debidamente requisitada por el médico que atendió al Asegurado durante su enfermedad o por quien extendió el Certificado de Defunción. (se deberá solicitar previamente a la Institución).
- Respecto del Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Acta de nacimiento;
 - Acta de defunción;
 - Copia del Certificado de defunción;
 - Copia de la credencial de elector o del pasaporte;
 - Copia del comprobante de domicilio;
 - Historial Clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna enfermedad, dentro de los primeros 12 (doce) meses de asegurado;
- Respecto del Beneficiario que solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
 - Acta de matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge;
 - Acta de nacimiento;
 - Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión;
- Si el fallecimiento ocurre como consecuencia de un Accidente:
 - Copia Certificada del Actuaciones completas, incluyendo Averiguación Previa, Identificación del Cadáver, Necropsia, Parte de Transito en caso de accidente automovilístico, exámenes toxicológico y Conclusiones.

En adición a la documentación señalada anteriormente, la Institución podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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 Institución pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Institución por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente sustituyendo el Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

INDEMNIZACIÓN POR MORA: en caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación derivadas del Contrato, se obliga a pagar al Asegurado o a los Beneficiarios del mismo, una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

a) Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

La Institución deberá pagar un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por el 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.

- b) Cuando la obligación principal se denomine en Moneda Extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 denominado 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.
- c) En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de interés moratorio a que aluden los incisos a) y b), el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

En todos los demás casos, los intereses moratorios se generarán por día desde aquel en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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. Lo anterior, en virtud del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, explicado previamente en la presente Cláusula, así como del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que se transcribe a continuación:

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.”

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

V. CLÁUSULAS GENERALES

VIGENCIA DEL CONTRATO: el presente contrato entrará en vigor desde las 12:00 horas de la fecha de inicio de vigencia señalada en la carátula de la póliza y terminará a las 12:00 horas de la fecha de fin de vigencia indicada en el mismo documento.

RECTIFICACION DE LA PÓLIZA: 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 de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

MODIFICACIONES: las Condiciones Generales de la póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Institución y se harán constar mediante endosos o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las cuales deberán constar por escrito.

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES: este contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados.

PAGO DE PRIMAS: la prima a cargo del Contratante vence desde el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de las primas, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Contratante y la Institución en la fecha de celebración del contrato.

El Contratante gozará de un período de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato, contados a partir de su vencimiento; si el pago no ha sido efectuado transcurrido este plazo, cesarán automáticamente los efectos de éste a las doce horas del último día del citado plazo de gracia.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días del plazo de gracia, la Institución deducirá de la indemnización a que tenga derecho el o los Beneficiarios, la prima vencida no pagada correspondiente al Asegurado fallecido.

Los mencionados pagos de primas deberán ser hechos en las oficinas de la Institución, a cambio del recibo correspondiente, o mediante depósito bancario a la cuenta que la Institución le indique al Contratante. En este último caso la ficha de depósito o el comprobante que la Institución bancaria otorgue al Contratante al momento de efectuar el pago, harán prueba plena del mismo, en tanto la Institución no expida el recibo correspondiente.

REHABILITACIÓN: en caso de que los efectos del Contrato hubiesen cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer su rehabilitación a la Institución, mediante las siguientes condiciones:

Que lo soliciten por escrito, y se compruebe a la Institución que el Grupo Asegurado reúne los requisitos de asegurabilidad a la fecha de la solicitud;

Para llevar a cabo la Rehabilitación de éste Contrato, es necesario que el Contratante cubra la Prima o Primas adeudadas.

El Contrato se considerará rehabilitado, adquiriendo nuevamente su vigencia original, a partir del día en que el Asegurado haya realizado el pago de las Primas correspondientes, previa obtención de la aceptación de la propuesta de Rehabilitación por parte de la Institución.

EDAD: los límites de edad fijados por la Institución para ser asegurados bajo la cobertura de esta póliza son, 15 años de edad como mínimo y 70 años como máximo, sin límite de edad para renovar mientras el Asegurado siga formando parte del Grupo Asegurado. La edad de los Asegurados, asentada en los Certificados Individuales de Seguro, deberá comprobarse presentando prueba fehaciente a la Institución, la que extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba de la edad con posterioridad. Tal requisito debe cubrirse antes de que la Institución efectúe el pago de la suma asegurada. Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Institución pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

Si en vida de los Asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al expedirse los Certificados Individuales de Seguro, estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta póliza, el contrato se rescindirá respecto del Miembro del Grupo cuya edad haya estado fuera de límite, el respectivo Certificado Individual carecerá de valor y será devuelta al Contratante sólo la parte no devengada de la última prima pagada por concepto del seguro correspondiente al expresado miembro.

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

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución 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.

II. Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. 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 Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse conforme a esta edad.

IV. 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 Institución estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

DISPUTABILIDAD: dentro de su primer año de vigencia, este contrato, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme a las declaraciones contenidas en la solicitud y/o consentimiento de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del Siniestro, entendiéndose como éste, el fallecimiento del Asegurado o cualquier otro riesgo del Asegurado cubierto en los endosos o beneficios adicionales correspondientes.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, 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, renunciando la Institución a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para atacar de nulidad esta póliza y los Certificados Individuales, o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración.

SUICIDIO:

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del Miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado miembro, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

BENEFICIARIOS: los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, indicando si renuncian al derecho de revocar la designación de dichos beneficiarios.

Siempre que no se hubiere efectuado la designación con carácter de irrevocable, los Asegurados pueden cambiar el o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Institución. Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, ésta quedará liberada de toda responsabilidad.

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 propio Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo, situación que se hará constar en la solicitud del seguro.

Para el caso de que el Seguro se otorgue con el fin de garantizar créditos otorgados por el Contratante a los miembros del Grupo Asegurado, el Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto que

adeude el Asegurado, debiéndose pagar la diferencia en caso de existir, a los beneficiarios designados por el Asegurado en el Certificado Individual.

En caso de ocurrir un siniestro y no hubiere beneficiarios designados, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión del Asegurado. La misma regla se aplicará, si el beneficiario designado fuere uno solo y falleciere antes o al mismo tiempo que el Asegurado.

Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del Asegurado.

CAMBIO DE CONTRATANTE: cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Institución podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo).

MONEDA: todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante o Asegurado a la Institución, o de ésta al Asegurado o Beneficiarios, deberán efectuarse en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

COMUNICACIONES: todas las comunicaciones del Contratante o de los Asegurados se enviarán por escrito directamente a la Institución en su domicilio social.

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Contratante o Asegurados, serán válidas si se realizan en el último domicilio del que tenga conocimiento la Institución.

PRESCRIPCION: todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y en dos años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo.

Tratándose de terceros beneficiarios será necesario además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

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

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

PARTICIPACIÓN DEL AGENTE: 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 el contrato de seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número RESP-S0094-0528-2015/CONDUSEF-G-00364-001.

No. de Registro: RESP-S0094-0528-2015/CONDUSEF-G-00364-001

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Hidalgo 234 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas y Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

ANEXO: REFERENCIAS LEGALES

SEGURO GRUPO PRESTACIONES

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010/CONDUSEF-003394-01

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 25.- 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 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguro 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 objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago 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.

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

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

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

ARTÍCULO 277.-En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la

misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

BENEFICIO ADICIONAL DE ULTIMOS GASTOS FUNERARIOS (U. G. F.)

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Durante la vigencia de la póliza y de los respectivos certificados, Seguros Afirme, S. A. de C. V. Afirme Grupo Financiero denominada en adelante "la Institución", se obliga a cubrir el beneficio por últimos gastos funerarios siempre que este se encuentre amparado en la carátula de la póliza.

I. CONDICIONES GENERALES

1.- BENEFICIO

Si el Asegurado fallece dentro de la vigencia del certificado, la Institución se obliga a pagar los gastos por los servicios funerarios correspondientes hasta la suma asegurada especificada en el certificado individual.

2.- EDAD

La edad de ingreso para este beneficio deberá estar comprendida entre los 15 (quince) y 70 (sesenta) años, pudiéndose renovar sin límite de edad siempre y cuando el Asegurado continúe perteneciendo al Grupo Asegurado.

3.-PRIMAS

La Institución concede este beneficio de Gastos Funerarios mediante el pago de una prima adicional.

4.-PAGO DEL SEGURO

La Suma Asegurada máxima para este beneficio será de 60 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal y se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado a más tardar dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Institución reciba el Certificado Médico de defunción del Asegurado.

El reclamante de este beneficio deberá presentar además los comprobantes relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento del Asegurado, los cuales deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.

Si después de pagados los gastos comprobables existiera un remanente con respecto a la suma asegurada establecida, esta será pagada a los beneficiarios designados conforme a las reglas establecidas en las Condiciones Generales del seguro.

7.-GASTOS NO CUBIERTOS

La cobertura no operará cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un accidente o una enfermedad contraída con fecha anterior al inicio de vigencia del certificado. Esta cláusula podrá modificarse únicamente mediante acuerdo entre la Compañía y el Asegurado, que deberá constar por escrito en endosos o en cláusulas adicionales previamente registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (B.M.A.)

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Las siguientes bases regirán mientras este Beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza respectiva y ésta se encuentran en vigor.

I DEFINICIONES

1.- ACCIDENTE.

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

2.- ACCIDENTE AMPARADO.

Es todo aquel accidente no proveniente de las causas ni efectos que más adelante se señalan como "EXCLUSIONES", que ocurra durante la vigencia de la póliza respectiva y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

II CONDICIONES GENERALES

1.- BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

La Institución indemnizará al o los beneficiarios designados en el certificado respectivo, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte del Asegurado.

2.- PRUEBAS DEL HECHO Y CAUSA.

La Institución estará facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas o información sobre los hechos relacionados con el Accidente Amparado, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la reclamación. De acuerdo con lo anterior, la Institución podrá solicitar dictámenes y exámenes médicos, pruebas periciales, actuaciones completas y resoluciones judiciales o administrativas hasta las instancias que determine conducentes para cada supuesto.

La Indemnización establecida para este beneficio, se concederá únicamente si se presenta a la Institución, prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, ocurrieron durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio y que la muerte del Asegurado ocurrió dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

3.- EDADES DE ACEPTACION Y CANCELACION DEL BENEFICIO.

La edad del Asegurado para este beneficio deberá estar comprendida entre los 15 (quince) y 69 (sesenta y nueve) años, quedando cancelado automáticamente este beneficio para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado haya cumplido 69 (sesenta y nueve) años de edad. Asimismo, en el caso de que durante la vigencia de la póliza, el Asegurado goce de cualquiera de los beneficios por invalidez total y permanente que hubiese contratado, este beneficio no podrá ser renovado al finalizar la vigencia de la presente póliza.

4.- PRIMA.

La Institución concede este beneficio a través del pago de una prima adicional.

III EXCLUSIONES

- A) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- B) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- C) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- D) Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- E) Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa o indirecta del Asegurado en actos delictivos.**
- F) Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- G) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- H) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el asegurado.**
- I) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- J) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- K) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- L) Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- M) Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.**

- N) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- O) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes o bien por estar bajo los efectos de enervantes, estimulantes o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- P) Envenenamiento, excepto accidental.**
- Q) Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de Radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.**

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Hidalgo No. 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

**BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE
ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS
(D.I.P.O.)**

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza y ésta se encuentre en vigor.

I. DEFINICIONES.

1.- ACCIDENTE.

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

2.- ACCIDENTE AMPARADO.

Es todo aquel accidente no proveniente de las causas ni efectos que más adelante se señalan como "EXCLUSIONES", que ocurra durante la vigencia de la póliza respectiva y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

3.- PÉRDIDA DE UNA MANO.

Su anquilosamiento, amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

4.- PÉRDIDA DE UN PIE.

Su anquilosamiento, amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarciana o arriba de ella.

5.- PÉRDIDA DE DEDOS.

El anquilosamiento, amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, de dos falanges completas, cuando menos.

6.- PÉRDIDA DE LA VISTA.

La pérdida completa y definitiva de la visión.

II. CONDICIONES GENERALES.

1. BENEFICIO.

La Institución indemnizará al Asegurado o en su caso, a los Beneficiarios designados, conforme a la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte o cualquier de los siguientes eventos:

PERDIDA OCURRIDAS	% DE SUMA ASEG.
Muerte accidental.	100%
Ambas manos, 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 dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

2.- LIMITE DE SUMA ASEGURADA.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta póliza en uno o varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para este Beneficio.

3.- PRUEBAS DEL HECHO Y CAUSA.

La Institución estará facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas o información sobre los hechos relacionados con el Accidente Amparado, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la reclamación. De acuerdo con lo anterior, la Institución podrá solicitar dictámenes y exámenes médicos, pruebas periciales, actuaciones completas y resoluciones judiciales o administrativas hasta las instancias que determine conducentes para cada supuesto.

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio, se concederán únicamente si se presenta a la institución, prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra, ocurrieron durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio y que la muerte del Asegurado, ocurrió dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

4.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Para el caso de muerte accidental, la Indemnización se pagará a el o los beneficiarios designados para la cobertura básica y que aparecen en el certificado individual respectivo. Para los demás casos, el pago se hará al propio Asegurado.

5.- EDADES DE ACEPTACION Y CANCELACION DEL BENEFICIO.

La edad del Asegurado para este beneficio deberá estar comprendida entre los 15 (quince) y 69 (sesenta y nueve) años, quedando cancelado automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado haya cumplido 69 (sesenta y nueve) años de edad. Asimismo, en el caso de que durante la vigencia de la póliza, el Asegurado goce de cualquiera de los beneficios por invalidez total y permanente que hubiese contratado, este beneficio no podrá ser renovado al finalizar la vigencia del certificado.

7.- PRIMA.

La Institución concede este beneficio a través del pago de una prima adicional.

III. EXCLUSIONES

- A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aún cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- B. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- C. Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- D. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa o indirecta del Asegurado en actos delictivos.**

- E. Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- F. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que haya sido el provocador.**
- G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- H. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo, en los que participe directamente el asegurado.**
- I. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- J. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelo delta, espeleología cacería, rapel Charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- K. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- L. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas**
- M. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.**
- N. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- O. Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes, estimulantes o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- P. Envenenamiento, excepto accidental.**
- Q. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de Radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.**

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

**BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE
MIEMBROS, DOBLE PAGO POR ACCIDENTE COLECTIVO
(T.I.C.)**

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la póliza y ésta se encuentre en vigor.

I DEFINICIONES.

1.- ACCIDENTE.

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

2.- ACCIDENTE AMPARADO.

A todo aquel accidente definido como tal en el párrafo anterior, no proveniente de las causas ni efectos señalados en el Apartado de Exclusiones, que ocurra durante la vigencia de la póliza y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, es lo que denominamos como accidente amparado.

3.- ACCIDENTE COLECTIVO.

Para los términos de esta póliza, se considera que un accidente es colectivo si la muerte o pérdida orgánica ocurren como consecuencia de un accidente:

- a) Que tuviera aquel vehículo público que no sea aéreo, en el cual viajare el Asegurado como pasajero, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público, autorizada por las autoridades competentes, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular; o
- b) Que tuviera aquel ascensor que opere para servicio público, en el cual viajare el Asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas; o
- c) A causa del incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encuentre el Asegurado al manifestarse el incendio.

4.- PERDIDA DE UNA MANO.

Su anquilosamiento o separación de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

5.- PERDIDA DE UN PIE.

Su anquilosamiento o separación de la articulación tibiotarciana o arriba de ella.

6.- PERDIDA DE DEDOS.

Su anquilosamiento o separación de dos falanges completas, cuando menos.

7.- PERDIDA DE LA VISTA.

La pérdida completa y definitiva de la visión.

II. BENEFICIO.

La Compañía indemnizará según la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte o alguna(s) pérdida(s) orgánica(s) en la persona asegurada.

PÉRDIDA OCURRIDAS	% DE SUMA ASEG.
Muerte Accidental	100
Ambas Manos, 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 Dedo pulgar de cualquier mano	15
El Dedo índice de cualquier mano	10

III. CONDICIONES GENERALES.

1.- DOBLE PAGO.

En caso de accidente colectivo, los porcentajes indicados en la tabla anterior valdrán el doble.

2.- LIMITE DE SUMA ASEURADA.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta póliza en uno o varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para este beneficio.

3.- PRUEBAS DEL HECHO Y CAUSA.

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio, se concederán únicamente si se presenta a "La Compañía", prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra, ocurrieron durante la vigencia de la póliza a la que se adiciona este beneficio y que la muerte del Asegurado, ocurrió dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

4.- BENEFICIARIOS.

Para el caso de muerte accidental, la indemnización se pagará a los beneficiarios designados para la cobertura básica y que aparecen en la póliza respectiva. Para los demás casos, el pago se hará al propio Asegurado.

5.- EDAD.

Las edades límites de aceptación para este beneficio son de 12 años como mínimo y 69 años como máximo y la edad máxima de renovación es de 70 años.

6.- CANCELACIÓN.

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado haya cumplido setenta y uno (71) años de edad.

7.- PRIMA.

La Compañía concede este beneficio a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

IV. EXCLUSIONES

- A) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado hacia su persona.**
- B) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- C) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- D) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- E) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que haya sido el provocador.**
- F) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- G) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo, en las que el Asegurado participe directamente.**
- H) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- I) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, artes marciales, paracaidismo, vuelo delta, cacería, charrería y tauromaquia.**
- J) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- K) Padecimientos mentales o corporales.**
- L) Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.**

M) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.

N) Lesiones sufridas bajo los efectos de bebidas embriagantes o bien por estar bajo los efectos de enervantes, estimulantes o similares, a menos que no pueda imputarse al asegurado culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro. o si fueron prescritos por un médico.

O) Envenenamiento, excepto accidental.

P) Radiaciones atómicas.

Q) Homicidio, cuando éste resulte de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

**BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PAGO
ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA
(S. A. I. T. 3)**

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Durante la vigencia de la póliza y de los respectivos certificados, Seguros Afirme, S. A. de C. V. Afirme Grupo Financiero denominada en adelante "la Institución", se obliga a cubrir el beneficio por Invalidez Total y Permanente que se les otorgue a los miembros del grupo asegurado de conformidad con las siguientes bases:

I. DEFINICION

1.- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de este beneficio, se considerara "Invalidez Total y Permanente", cuando el asegurado como consecuencia de un accidente o una enfermedad, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos o tratamientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que aun existiendo dichos tratamientos no sean accesibles para el asegurado y que se presume que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre y cuando la invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de tres meses.

II. CONDICIONES GENERALES

1.- BENEFICIO

La Institución conviene en pagar al asegurado que quede invalido total y permanentemente, en las condiciones antes señaladas a partir de la fecha en que se diagnostique la invalidez, la suma asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este beneficio.

2.- EDAD

Las edades límites de aceptación para este beneficio son de 15 años como mínimo y 64 años como máximo.

3.- CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo; en estos casos no opera el periodo de espera a que se refiere la definiciones de Invalidez total y permanente.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de un ojo, pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

4.- COMPROBACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación, las pruebas aportadas o la continuación del estado de Invalidez Total y Permanente.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este beneficio, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

5.- BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el diagnóstico de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo que la Institución indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

6.- CANCELACIÓN AUTOMATICA

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 64 años.

7.-PRIMAS

La Institución concede este beneficio de Invalidez Total y Permanente mediante el pago una prima adicional.

8. EXCLUSIONES.

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- A).- Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- B).- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- C).- Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.**
- D).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- E).- Lesiones derivadas por la participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- F).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- G).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, y tauromaquia.**
- H).- Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales, aquellas cuya existencia se hubiere declarado previamente a la celebración del contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de diagnóstico; así como aquellos padecimientos respecto de los que se compruebe que el asegurado efectúo gastos para recibir tratamiento médico.**

Con el pago de la suma asegurada quedaran extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este beneficio y de la póliza de la cual forma parte.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (S. A. I. T. 6.)

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Durante la vigencia de la póliza y de los respectivos certificados, Seguros Afirme, S. A. de C. V. Afirme Grupo Financiero denominada en adelante "la Institución", se obliga a cubrir el beneficio por Invalidez Total y Permanente que se les otorgue a los miembros del grupo asegurado de conformidad con las siguientes bases:

I. DEFINICIÓN.

1.- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta cláusula, se considerará " Invalidez Total y Permanente ", cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre y cuando la invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses.

II. CONDICIONES GENERALES.

1.- BENEFICIO.

La Institución conviene en pagar al Asegurado que quede inválido total y permanentemente, en las condiciones antes señaladas a partir de la fecha en que se diagnostique la invalidez, la Suma Asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este beneficio.

2.- EDAD.

Las edades límites de aceptación para este beneficio son de 15 años como mínimo y 64 años como máximo.

3.- CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo; en estos casos no opera el periodo de espera a que se refiere la cláusula de Definiciones.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de un ojo, pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

4.- COMPROBACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación, las pruebas aportadas del estado de Invalidez Total y Permanente.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este beneficio, sea el Asegurado, sus Beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

5.- BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ.

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el diagnóstico de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo que la Institución indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

6.- CANCELACIÓN AUTOMÁTICA.

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la póliza en que la edad cumplida del asegurado sea de 64 años.

7.- PRIMAS.

La Institución concede este beneficio de **Invalidez Total y Permanente** con una prima adicional, que se encuentra incluida ya en la prima total que se paga a la Institución.

III. EXCLUSIONES.

Este beneficio no se concederá cuando la **Invalidez Total y Permanente se deba a:**

- A) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- B) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- C) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.**
- D) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- E) Lesiones derivadas por la participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- F) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- G) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, y tauromaquia.**
- H) Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales, aquellas cuya existencia se hubiere declarado previamente a la celebración del contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de**

diagnóstico; así como aquellos padecimientos respecto de los que se compruebe que el asegurado efectúo gastos para recibir tratamiento médico.

Con el pago de la suma asegurada quedaran extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este beneficio y de la póliza de la cual forma parte.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (B.I.T.S.)

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01

Durante la vigencia de la póliza y de los respectivos certificados, Seguros Afirme, S. A. de C. V. Afirme Grupo Financiero denominada en adelante "la Institución", se obliga a cubrir el beneficio por Invalidez Total y Permanente que se les otorgue a los miembros del grupo Asegurado de conformidad con las siguientes bases:

I. DEFINICIONES.

1.- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta cláusula, se considerará "Invalidez Total y Permanente", cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre y cuando la invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses.

II. CONDICIONES GENERALES.

1.- BENEFICIO DE EXENCION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE.

Mediante esta cobertura, la Institución otorgará al Asegurado que quede inválido total y permanentemente, un seguro ordinario de vida individual sin beneficios adicionales y con una suma asegurada igual a la contratada para este beneficio (la cual permanecerá constante hasta que ocurra el fallecimiento del Asegurado y pagándose a los beneficiarios designados), sin que éste tenga que pagar primas a la Institución por este concepto y sin necesidad de requisitos de asegurabilidad. Por lo tanto, el certificado individual quedará cancelado.

2.- CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo; en estos casos no opera el periodo de espera a que se refiere la definición de Invalidez Total y Permanente.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de un ojo, pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

3.- COMPROBACION DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación, las pruebas aportadas o la continuación del estado de Invalidz Total y Permanente.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este beneficio, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

4.- BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ.

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a "La Institución", además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el diagnóstico de invalidez avalado por una Institución o médico con cédua profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo, que la Compañía indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

5.- EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACION DEL BENEFICIO.

Las edades límites de aceptación para este beneficio son de (quince) 15 años como mínimo y sesenta y cuatro (64) años como máximo. Este beneficio quedará cancelado automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea de sesenta y cuatro (64) años.

6.- TERMINACION DEL CONTRATO.

Con la adquisición del Seguro Ordinario de Vida Individual, se dará por terminado el seguro del Certificado Individual correspondiente, que otorga la póliza a la que se le agregan estas cláusulas.

7.- PRIMA.

La Institución concede este beneficio a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total

III. EXCLUSIONES.

Este Beneficio no se concederá cuando la Invalidz Total y Permanente se deba a:

- A) Lesiones provocadas Intencionalmente por el propio Asegurado.**
- B) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- C) Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado.**
- D) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- E) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que el Asegurado participe directamente.**

F) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

G) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, vuelo delta, buceo, alpinismo, esquí, artes marciales, charrería y tauromaquia.

H) Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales, aquellas cuya existencia se hubiere declarado previamente a la celebración del contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de diagnóstico; así como aquellos padecimientos respecto de los que se compruebe que el asegurado efectuó gastos para recibir tratamiento médico.

I) Lesiones provenientes de algún accidente ocurrido antes de la fecha en que se contrate este beneficio; salvo que la invalidez inicie después de que el Asegurado haya cumplido por lo menos dos años de vigencia ininterrumpida con este beneficio.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.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 30 de agosto de 2010, con el número CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

No. de Registro: CNSF-S0094-0146-2010 / CONDUSEF-003394-01.

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Hidalgo No. 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com