



SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES EXPERIENCIA GLOBAL

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
 - Nombre del asegurado
 - Datos de quien reporta
 - Causa de siniestro o motivo de reporte
 - Fecha del siniestro
- (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

CONDICIONES GENERALES**ÍNDICE**

	Pág.
I. DEFINICIONES	2
II. COBERTURA DEL SEGURO Y RIESGOS EXCLUIDOS	3
III. CLÁUSULAS OPERATIVAS	3
IV. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES	6
V. CLÁUSULAS GENERALES	9

No. REGISTRO: CNSF-S0094-0437-2017/CONDUSEF-002747-02

I. DEFINICIONES

Para efectos de las presentes condiciones generales, los siguientes términos 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 siendo Deudor del Contratante y cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Institución, 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 del seguro, en este caso el Contratante, en el supuesto de resultar procedente la reclamación del siniestro relativo a los riesgos amparados por la presente Póliza.

Beneficiario Preferente: Para efectos del presente Contrato el Contratante será el Beneficiario Preferente e irrevocable del seguro, pero solo hasta el por el saldo insoluto del crédito.

Certificado Individual: Documento que expide la Institución a cada Asegurado, en el que aparecen además de los datos de éste, el número de póliza y de certificado, la vigencia, las coberturas del seguro, las sumas aseguradas o la regla para determinarlas. Para efectos de la presente póliza el certificado incluirá además en el mismo documento el consentimiento del Asegurado para formar parte del Grupo Asegurado y la designación de sus beneficiarios, por lo que deberá ser firmado tanto por el funcionario autorizado por la Institución, como por el propio Asegurado.

Contratante: persona 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: acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Institución en la solicitud de seguro, los consentimientos, así como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, Certificados Individuales, registro de Asegurados, Endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional.

Contrato de Crédito: contrato celebrado previamente entre el Contratante y cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable, en virtud del cual el primero concede en forma individual a cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable un crédito, de tal forma que éstos se convierten en sus Deudores.

Deudor: persona física que ha celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante, en virtud del cual mantiene una deuda con él y quién para efectos del presente Contrato tendrá el carácter de Asegurado.

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

Grupo Asegurable: conjunto de Deudores del Contratante.

El Grupo Asegurable deberá estar constituido por al menos el 75% de los deudores de una cartera de créditos, siempre que este 75% no sea inferior a 10 personas.

Grupo Asegurado: conjunto de personas que perteneciendo al Grupo Asegurable y habiendo firmado los consentimientos individuales hayan sido aceptados por la Institución y en consecuencia aparezcan inscritas en el registro de asegurados.

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

Indemnización: Pago que recibe el asegurado o beneficiario en el caso de producirse un siniestro.

Institución: 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 posterior al vencimiento de la prima otorgado por la Institución, dentro del cual se otorga cobertura, aún 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.

Saldo insoluto del crédito: El importe derivado del contrato de crédito no vencido e integrado por los siguientes conceptos al momento del fallecimiento y/o invalidez del Asegurado, sin incluir cargos por mora:

- I) El capital no vencido que deba el Asegurado al Contratante al momento del fallecimiento.
- II) El importe de los intereses ordinarios y gastos de cobranza correspondientes al tiempo que transcurra entre la fecha de fallecimiento del Asegurado y la fecha en que el Contratante tenga conocimiento de éste hecho, con un límite de treinta días.

Suma Asegurada: la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro.

II. COBERTURA DEL SEGURO Y RIESGOS EXCLUIDOS

Cobertura del Seguro:

Por virtud del presente Contrato, la Institución, garantiza al Contratante el pago del saldo insoluto del o de los créditos que éste tenga a su favor y que sean reportados a La Institución, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado o al declararse su estado de invalidez total y permanente en caso de haber sido contratada esta cobertura adicional; sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada Máxima por persona especificada en el Certificado Individual para cada cobertura.

Riesgos excluidos

Se consideran excluidos expresamente de la cobertura de la presente Póliza:

- a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.
- b) Los créditos que no deban ser cobrados en abonos periódicos

III. CLÁUSULAS 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 ellos, así como la Suma Asegurada o la

regla para determinarla, las fechas de inicio y fin de vigencia para cada integrante, operación y plan del seguro, 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 las sumas aseguradas, indicando la forma en que se administrarán.

Certificados Individuales:

La Institución proporcionará al Contratante para que a su vez éste lo entregue a cada Asegurado, un Certificado que manifieste que su vida está asegurada con sujeción a las estipulaciones de esta Póliza y que todos los Beneficios pagaderos a su muerte serán aplicados por el acreedor a la liquidación de su adeudo.

Los datos antes mencionados serán recabados por el Contratante, y el Asegurado deberá firmar de conformidad el Certificado Individual.

Ingresos al Grupo Asegurado:

Los ingresos al Grupo Asegurado se registrarán de conformidad con lo dispuesto por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo:

"Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad 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 con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, 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 Aseguradora 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:

Para las bajas del Grupo Asegurado será aplicable lo previsto por el artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo:

"Artículo 18. Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En

este caso, la Aseguradora 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."

El procedimiento para la devolución a que se refiere el párrafo anterior, se realizará siempre por conducto del Contratante, quien la solicitará por escrito a la Institución, a efecto de que ésta emita el Endoso de baja y el recibo correspondiente dentro de un máximo de 10 días hábiles siguientes a la solicitud, con lo cual se podrá hacer efectivo el cobro de dicha devolución en las oficinas de la Institución.

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.

Cálculo de la Prima:

La Prima total del seguro será la suma de las Primas que correspondan a todos los integrantes del Grupo Asegurado.

En cada fecha de vencimiento del Contrato, se calculará la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en su caso en el siguiente período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la Prima total entre la Suma Asegurada total.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato y a los que se separen definitivamente del Grupo, se le aplicará la cuota promedio por días exactos.

Contribución del Asegurado 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 y se hará constar en la carátula de la Póliza.

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 así 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 Global.

Para los efectos de la presente cláusula, se entenderá por "Experiencia Global" cuando la Prima del Grupo no esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las Pólizas de Seguro de Grupo que pertenezcan a un mismo grupo empresarial.

Para que dicha participación se otorgue en base a la "Experiencia Global", el Contratante deberá declararlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento.

Para la determinación del Dividendo a que se refiere la presente cláusula se utilizará la fórmula que mediante Endoso se estipule en función del número de asegurados que integren el Grupo Asegurado de que se trate, misma que deberá ser aprobada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La determinación de la participación por Dividendo que corresponda se efectuarán al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y se pagará conforme a lo siguiente:

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 otorgarán Dividendos en Pólizas cuya vigencia haya sido 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.

Renovación:

La renovación de la póliza se llevará a cabo en los términos previstos por el artículo 21 del Reglamento de Seguro de Grupo:

"Artículo 21. La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo cuanto la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas."

Salvo lo previsto en el párrafo anterior, a la renovación no se modificarán términos ni condiciones, ni se podrán modificar períodos de espera ni límites de edad para la cobertura del seguro en perjuicio de los Asegurados.

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 mismo 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, mismo que se transcribe 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:

El o los Beneficiarios 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 comprobación del fallecimiento o estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

El Asegurado o sus Beneficiarios tendrán derecho a exigir a la Institución, que pague al Beneficiario Preferente, el saldo insoluto del crédito amparado por el presente Contrato, sin exceder la Suma Asegurada convenida.

Asimismo, la Institución se obliga a notificar por escrito al Asegurado y a su Beneficiarios, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses, y entre otras, pueda ejercitar su derecho a que la Institución pague al Beneficiario Preferente, el saldo insoluto del crédito. Para el cumplimiento de dicha obligación, el Asegurado y sus Beneficiarios, deberán informar a la Institución sus respectivos domicilios.

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Beneficiario Preferente y en su caso a los Beneficiarios distintos al Contratante, al Asegurado, o la sucesión de éste, según corresponda, 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 más no limitativamente, la documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

- Documentación del Asegurado:
 - Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Acta de nacimiento;
 - Original de Acta de defunción y copia del Certificado de defunción;
 - Copia de la Credencial de elector o del Pasaporte, si lo tuviera.

Adicionalmente a los requisitos anteriores, deberá presentarse junto con la reclamación:

- Si el fallecimiento ocurre como consecuencia de una Enfermedad:
 - Historial Clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna enfermedad, dentro de los primeros 12 (doce) meses de Asegurado;
- Respecto del Beneficiario Preferente que solicita la indemnización, original de:
 - Carta de Reclamación de Siniestro indicando el nombre del Asegurado, el saldo deudor a la fecha de Fallecimiento, Nombre y firma del Representante Legal y fecha.
 - Credencial de elector del Representante Legal.
 - Copia del poder con facultades para pleitos y cobranzas y actos de administración del representante legal del Contratante.
 - Copia del Contrato de Crédito.
 - Estado de cuenta del crédito a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
 - Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses.
- Respecto de Beneficiario(s) adicional(es) 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;
 - Copia del comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) con antigüedad no mayor a tres meses;
- Adicionalmente a lo antes señalado, si el fallecimiento ocurre como consecuencia de un Accidente se requerirá:
 - Copia Certificada del Actos completos ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación.

En adición a la documentación señalada anteriormente, la Institución se reserva el derecho a solicitar cualquier otra información o documentación que requiera para conocer las circunstancias del siniestro.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el Certificado Individual, 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.

Información sobre el Seguro y pago del mismo:

El Contratante, en la documentación en que consten los Contratos de Crédito, hará saber a los Deudores Asegurados la existencia de esta Póliza y los Beneficios que de la misma derivan, asimismo, se obliga a entregar a cada integrante del Grupo Asegurado el Certificado Individual emitido por la Institución.

Al hacer la Institución cualquier pago con motivo de los seguros a que se refiere esta Póliza, el Contratante deberá entregar a la Institución además del recibo finiquito correspondiente, la documentación que ampare el crédito insoluto a que el seguro pagado se refiera, la cual se pondrá a disposición de los interesados.

Indemnización por Mora:

Si la Institución no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que señala:

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del 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 impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

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.

Rectificación 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, tal como lo establece el artículo 25 de la 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."

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.

Omisiones e Inexactas Declaraciones:

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Institución en la solicitud del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

La misma obligación tendrán los integrantes del Grupo Asegurado a los que la Institución les exija mayores requisitos por haberse incorporado con posterioridad a la celebración del Contrato y no haber otorgado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo Asegurado.

Carencia de Restricciones:

Este Contrato no se afectará por razones de género, ocupación y residencia, viajes de los Asegurados posteriores a la contratación del Seguro, salvo lo previsto a continuación.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima

Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Pago de Primas:

La Prima vence al momento de la celebración del Contrato y será a cargo del Contratante, sin embargo, cuando así se pacte, los integrantes del Grupo Asegurado contribuirán al pago de la misma.

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:

1. 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;
2. Para llevar a cabo la Rehabilitación de éste Contrato, es necesario que el Contratante cubra la Prima o Primas adeudadas.
3. 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:

Para la cobertura de Fallecimiento, solamente pueden ser Asegurados las personas que estén dentro de los límites de edad que se establezcan en la carátula de la Póliza los cuales serán de 18 años como edad mínima, y la edad máxima para la aceptación y para la renovación, será la que se determine de acuerdo a las políticas de suscripción de la Institución en función del Grupo Asegurado de que se trate.

Comprobación de Edad:

Si en el momento de celebrar el Contrato, o con posterioridad, el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Institución anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Institución no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de la expedición del Certificado Individual esté fuera de los límites de admisión fijados por la Institución, pero en este caso se devolverá al Contratante o en su caso, al Asegurado, la reserva matemática correspondiente al Certificado Individual, en la fecha de su rescisión.

Agravación del Riesgo:

Las obligaciones de la Institución cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I y 60 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.-Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.”

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas”

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de

que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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 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 integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado que no hayan dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a que adquirieron el derecho a formar parte del 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, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“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.”

Terminación del Seguro Individual:

La responsabilidad de la Institución respecto a cada Certificado Individual, cesará automáticamente por:

- a) El pago del adeudo que ampara dicho Certificado.
- b) El traspaso de adeudo.
- c) Entrar el Contratante en posesión de alguna propiedad del Deudor en pago de la deuda insoluta.

La Institución deberá notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios en el domicilio que se indique en el respectivo consentimiento, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes para salvaguardar sus intereses, y entre otras cosas, puedan ejercer su derecho a que la Institución pague al Contratante del seguro, el saldo insoluto del crédito.

Beneficiarios:

Se designa como Beneficiario Preferente del seguro al Contratante de esta Póliza, hasta por el monto del Saldo Insoluto del Crédito que el Asegurado llegará a tener con él en el momento de su fallecimiento o de su invalidez total y permanente en el caso de haber contratado este beneficio adicional.

En caso de existir algún remanente después de aplicar el monto del adeudo al último saldo reportado al momento del fallecimiento del Asegurado a la Institución, dicho remanente le será pagado al (los) Beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado en el Consentimiento Individual. Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario el importe del seguro se pagará a la sucesión legítima del Asegurado.

En el caso de la cobertura de invalidez total y permanente, de haber remanente, este se pagará directamente al Asegurado.

Fuera de la designación del Beneficiario Preferente la cual tendrá el carácter de irrevocable, los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, y en su caso, indicar si desean renunciar al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

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 de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

Comunicaciones:

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

Las notificaciones que la Institución deba efectuar al Contratante, Asegurados o Beneficiarios, las realizará en el último domicilio que de ellos hayan registrado.

Prescripción:

Todas las acciones que 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), en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o

directamente ante el juez. 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 a partir de la negativa de la Institución Financiera, a satisfacer las pretensiones del usuario.

“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 60.- La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos. Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios.”

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, en caso de que el reclamante opte por demandar, podrá a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“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.”

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 prima 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): Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México., Teléfono (55) 53400999, www.condusef.gob.mx Correo: asesoria@condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017/CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017/CONDUSEF-002747-02

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 ext. 28565 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas y Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

CONOZCA SUS DERECHOS BÁSICOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO

Si usted es cliente de Seguros Afirme o pretende contratar con nosotros algún producto o servicio, es importante que conozca los derechos que tendrá antes y durante la contratación, así como en caso de siniestro.

Por favor lea detenidamente este folleto. Recuerde que estar bien informado, le ayudará a evitar imprevistos y a estar mejor protegido.

Antes de la contratación:

Usted tiene derecho a:

- Solicitar al agente o representante de ventas de Seguros Afirme, que le muestre la identificación que lo acredite como tal.
- Solicitar asesoría sobre el tipo de seguro que está buscando y las principales coberturas que requiere.
- Obtener información sobre la(s) póliza(s) que le proponga contratar, incluyendo el alcance real de las coberturas, límites, exclusiones, deducibles, vigencia, formas de pago, forma de conservar el seguro, así como de darlo por terminado.
- Seleccionar el o los productos que más se adapten a sus necesidades y solicitar una cotización sin costo. La cotización es para fines informativos, por lo que no lo obliga a contratar el seguro. La empresa tampoco estará obligada a otorgárselo, pero sí a respetar el precio cotizado durante 30 días naturales.

Durante la contratación:

Usted tiene derecho a:

- Antes de firmar cualquier documento, no olvide leer cuidadosamente cada uno de sus apartados, y a consultar cualquier duda al agente o representante de ventas.
- Llenar y entregar la documentación que le sea requerida, incluyendo las solicitudes y cuestionarios que resulten aplicables a cada tipo de seguro. No permita que otras personas llenen por usted, los formatos correspondientes.
- Asegúrese que la información que proporcione sea correcta, evitando entregar documentos incompletos, ilegibles o con espacios en blanco. Tenga en cuenta que cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a la aseguradora a dar por extinguidas sus obligaciones, aún después de contratado el seguro.
- Exigir y recibir al menos una copia de toda la documentación contractual, como carátula de póliza, condiciones generales, recibo de pago de primas y en su caso endosos.
- Si la póliza es contratada a través de un agente o intermediario, también podrá pedir que le informe el importe de la comisión o compensación que éste recibirá por su labor de venta.

En caso de siniestro:

- Reporte el siniestro a Seguros Afirme, llamando a los números telefónicos que aparecen en su póliza. Se le asignará un número de siniestro (para control y seguimiento interno) o acude directamente a nuestras oficinas.

- Una vez analizados los hechos suscitados y entregada la información correspondiente, tendrá derecho a recibir las prestaciones contratadas en su póliza, en caso de resultar procedentes, conforme al contrato de seguro.
- De ser procedente la reclamación, Seguros Afirme deberá cumplir con sus obligaciones dentro del plazo señalado en la póliza. En caso contrario, usted tendrá derecho a exigir una indemnización por mora, conforme a la ley de la materia.
- Usted gozará de un periodo de gracia estipulado en sus condiciones generales para pagar la prima de su seguro. En caso de siniestro que resulte procedente, tendrá derecho a recibir las prestaciones debidas, aunque la prima no se encuentre pagada, siempre y cuando el periodo de gracia no haya vencido.
- En cualquier momento podrá solicitar que se le entregue por escrito, la determinación que haga Seguros Afirme, sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación, así como los elementos que haya tomado en cuenta para tal efecto.

En cualquier momento podrá:

- Conocer a través de la CONDUSEF si usted es beneficiario de algún seguro de Vida, por medio del Sistema de Información sobre Asegurador y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB).
- Presentar una queja a la Unidad de Atención Especializada de Seguros Afirme, sobre los productos o servicios brindados, cuyos datos de contacto se indican más adelante y a través de la cual se le proporcionará una respuesta oportuna y clara.
- Solicitar asesoría y orientación a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) sobre cualquier tema relacionado con servicios financieros, incluyendo inconformidades sobre los mismos y la emisión de dictámenes técnicos en caso de controversia.

Ponemos a su disposición nuestro **Centro de Atención Telefónica**, en Monterrey al (81) 83-18-38-00 ext. 28565 y para el resto de la República al (800) 723-4763.

Adicionalmente puede acudir a nuestra **Unidad de Atención Especializada**, ubicada en 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

En cumplimiento a lo dispuesto por 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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

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

NO. DE REGISTRO: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

Durante la vigencia de la Póliza y de los respectivos Certificados Individuales, la Institución, se obliga a cubrir el Beneficio por últimos gastos funerarios siempre que éste se encuentre amparado en el Certificado Individual.

Las definiciones serán aplicables únicamente a el Beneficio Adicional de Últimos Gastos Funerarios, en todo lo que no sean contrarias a lo establecido en las presentes condiciones, regirán las condiciones generales de la póliza.

I. CONDICIONES GENERALES

1.- Beneficio.- Si el Asegurado fallece dentro de la vigencia del Certificado Individual, la Institución se obliga a pagar los gastos 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 18 años y la edad máxima de aceptación para la Cobertura por Fallecimiento.

3.-Primas.- La Institución concede este Beneficio de Gastos Funerarios mediante el pago de una prima adicional.

4.-Pago del Beneficio.- La Suma Asegurada máxima para este Beneficio será de 60 Unidades de Medida y Actualización (UMAS) y se pagará a los Beneficiarios designados previa comprobación de la muerte del Asegurado a más tardar dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Institución reciba la documentación establecida en las condiciones generales.

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la indemnización de este beneficio es la siguiente:

- Documentación del Asegurado:
 - o Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado, si lo tuviere.
 - o Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Acta de nacimiento;
 - Original de Acta de defunción y copia del Certificado de defunción;
 - Copia de la Credencial de elector o del Pasaporte, si lo tuviera.
- Documentación del Beneficiario:
 - o Copia de la Credencial de elector o pasaporte.
 - o Copia del comprobante de domicilio del beneficiario con antigüedad máxima de tres meses.

5.-Exclusiones.- Este Beneficio 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 Individual.

Esta cláusula podrá modificarse únicamente mediante acuerdo entre la Institución y el Asegurado, que deberá constar por escrito en Endosos o en cláusulas adicionales previamente registradas ante 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 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

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

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Tel: (81) 83183800 ext. 28565, 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-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

Durante la vigencia de la Póliza y de los respectivos Certificados Individuales, 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

Las siguientes definiciones será aplicables únicamente a el Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente, en todo lo que no sean contrarias a lo establecido en las presentes condiciones, regirán las condiciones generales de la póliza.

1.- Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Beneficio, se considerará 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 Total y Permanente 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 en función de su condición económica 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 tres meses.

II. CONDICIONES GENERALES

1.- Beneficio.- La Institución conviene en pagar en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para el presente Beneficio, a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente.

2.- Edad.- Las edades límites de aceptación para este Beneficio son de 18 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, sin que opere periodo de espera establecido en el apartado de definiciones, las siguientes condiciones:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos,
- b) La pérdida de las dos manos o de los dos pies,
- c) La pérdida de una mano y un pie,
- d) La pérdida de una mano y la vista en un ojo; o
- e) La pérdida de un pie y la vista en un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

- a) Pérdida de las manos- su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella;
- b) Pérdida de pie- su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; y
- c) Pérdida de un ojo- pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

4.- Comprobación 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, siempre y cuando sea el Asegurado, sus Beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente:

- Documentación del Asegurado:
 - o Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - o Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Acta de nacimiento;
 - Original de Acta de defunción y copia del Certificado de defunción;
 - Copia de la Credencial de elector o del Pasaporte.
- Historial Clínico completo, del padecimiento que origina el estado de invalidez;
- Forma MT-4 expedida por el I.M.S.S o su equivalente del I.S.S.S.T.E, o en su caso, dictamen de invalidez emitido por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
- Copia del primer recibo de pago de del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E por la Invalidez.
- En caso necesario, la Institución practicará los exámenes médicos que juzgue pertinentes.
- Respecto del Beneficiario Preferente que solicita la indemnización:
 - o Carta de Reclamación de Siniestro indicando el nombre del Asegurado, el saldo deudor a la fecha de Fallecimiento, Nombre y firma del Representante Legal y fecha.
 - o Credencial de elector del Representante Legal.
 - o Copia del poder con facultades para pleitos y cobranzas y actos de administración del representante legal del Contratante.
 - o Copia del Contrato de Crédito
 - o Estado de cuenta del crédito a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
 - o Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses.
- Si la invalidez ocurre como consecuencia de un accidente:
 - o Copia certificada del Actos de Invalidez completados ante el Ministerio Público.

5.- Bases para considerar la validez del dictamen.- A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, el diagnóstico de invalidez avalado por una institución médica 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 elegirá el Asegurado de entre los previamente designados por la Institución a fin de dictaminar si procede o no la determinación del estado de invalidez.

6.- Cancelación automática.- Este Beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación siguiente de la Póliza cuando el Asegurado haya sobrepasado la edad máxima de aceptación.

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.

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 Institución 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).- Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de la presente exclusión se entenderán como enfermedades preexistentes, 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.

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 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

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

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Tel: (81) 83183800 ext. 28565, 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. 6)**

No. DE REGISTRO CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

Durante la vigencia de la Póliza y de los respectivos Certificados Individuales, 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

Las siguientes definiciones será aplicables únicamente a el Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente, en todo lo que no sean contrarias a lo establecido en las presentes condiciones, regirán las condiciones generales de la póliza.

1.- Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Beneficio, se considerará 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 Total y Permanente 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 en función de su condición económica 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 en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para el presente Beneficio, a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente.

2.- Edad.- Las edades límites de aceptación para este Beneficio son de 18 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, sin que opere periodo de espera establecido en el apartado de definiciones, las siguientes condiciones:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos,
- b) La pérdida de las dos manos o de los dos pies,
- c) La pérdida de una mano y un pie,
- d) La pérdida de una mano y la vista en un ojo; o
- e) La pérdida de un pie y la vista en un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

- a) Pérdida de las manos- su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella;
- b) Pérdida de pie- su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; y
- c) Pérdida de un ojo- pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

4.- Comprobación 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, siempre y cuando sea el Asegurado, sus Beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente:

- Documentación del Asegurado:
 - o Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - o Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - Acta de nacimiento;
 - Original de Acta de defunción y copia del Certificado de defunción;
 - Copia de la Credencial de elector o del Pasaporte.
- Historial Clínico completo, del padecimiento que origina el estado de invalidez;
- Forma MT-4 expedida por el I.M.S.S o su equivalente del I.S.S.S.T.E, o en su caso, dictamen de invalidez emitido por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
- Copia del primer recibo de pago de del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E por la Invalidez.
- En caso necesario, la Institución practicará los exámenes médicos que juzgue pertinentes.
- Respecto del Beneficiario Preferente que solicita la indemnización:
 - o Carta de Reclamación de Siniestro indicando el nombre del Asegurado, el saldo deudor a la fecha de Fallecimiento, Nombre y firma del Representante Legal y fecha.
 - o Credencial de elector del Representante Legal.
 - o Copia del poder con facultades para pleitos y cobranzas y actos de administración del representante legal del Contratante.
 - o Copia del Contrato de Crédito
 - o Estado de cuenta del crédito a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
 - o Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses.
- Si la invalidez ocurre como consecuencia de un accidente:
 - o Copia certificada del Actos completos ante el Ministerio Público.

5.- Bases para considerar la validez del dictamen.- A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, el diagnóstico de invalidez avalado por una institución médica 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 elegirá el Asegurado de entre los previamente designados por la Institución a fin de dictaminar si procede o no la determinación del estado de invalidez.

6.- Cancelación automática.- Este Beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación siguiente de la Póliza cuando el Asegurado haya sobrepasado la edad máxima de aceptación.

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.

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 Institución 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).- Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de la presente exclusión se entenderán como enfermedades preexistentes, 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.

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 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

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

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Tel: (81) 83183800 ext. 28565, Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

ASISTENCIA MÉDICA

No. REGISTRO: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

Las siguientes condiciones serán aplicables cuando esta asistencia se encuentre especificada en la carátula de la Póliza y ésta se encuentre en vigor.

I. Disposiciones Generales

La Institución se obliga a otorgar al Asegurado únicamente dentro de la República Mexicana, los Servicios de Asistencia Médica a través del proveedor de servicios contratado por la Institución, designado en adelante "el Proveedor", quien coordinará y prestará los servicios que se describen en las presentes condiciones a través de su red médica. No obstante que dichos servicios de asistencia serán proporcionados por el Proveedor, la Institución será la única responsable frente al Asegurado por los servicios prestados en virtud del presente contrato de seguro.

A continuación se describen los servicios de asistencia médica que serán proporcionados a solicitud del Asegurado y sus familiares.

II. Definiciones

Las siguientes definiciones serán aplicables únicamente a los Servicios de Asistencia Médica, en todo lo que no sean contrarias a lo establecido en las presentes condiciones, regirán las condiciones generales de la póliza.

a) Beneficiario: Para efectos de los servicios de asistencia médica lo serán el Asegurado titular de la póliza así como sus familiares dependientes.

b) Cabina de Atención Telefónica: Espacio físico en donde los Coordinadores atienden a Beneficiarios para proporcionarles los Servicios.

c) Coordinador: Persona que atiende al Beneficiario en la Cabina de Atención Telefónica.

d) Emergencia: Definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida del Beneficiario y cuya asistencia no puede ser demorada a juicio del Coordinador.

e) Enfermedad grave: Se define como la aparición súbita e inesperada de malestares con o sin pérdida de la conciencia, cuya gravedad requiera una atención médica inmediata a juicio del Coordinador.

f) Especialistas: Persona que práctica una rama determinada de una ciencia.

g) Servicios: Los Servicios de Asistencia Médica a que se refieren las presentes condiciones, que proporciona la Institución a través del Proveedor.

h) Referencias con descuento: Todo aquella información o dato proporcionado al Beneficiario, de la red médica del Proveedor, el cual les dará un descuento o costo preferencial.

i) Situación de Asistencia: Todo accidente o enfermedad ocurrida a cualquier Beneficiario que da derecho a la prestación de los Servicios en los términos y con las limitaciones establecidas en las presentes condiciones.

j) Urgencia: Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata.

III. Servicios de Asistencia Médica

Los Servicios serán prestados únicamente durante la vigencia del Certificado de Asistencia Individual.

3.1 Consultoría Médica Telefónica.

El equipo médico del Proveedor, orientará al Beneficiario sobre las medidas que se deberán tomar en caso de Emergencia, sin emitir un diagnóstico e interpretación de resultados de laboratorios.

Asistencia Médica telefónica familiar las 24 horas del día los 365 días del año.

A solicitud del Beneficiario, se facilitarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico o concertando una cita en el consultorio. El costo generado por dicho servicio correrá a cargo del Beneficiario.

Este Servicio no tiene límite de eventos.

3.2 Traslado Médico Terrestre.

El Proveedor cubrirá los gastos del traslado de los Beneficiarios en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario elegido por éste en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de Emergencia o Enfermedad Grave.

Este Servicio está limitado a 1 (un) evento durante la vigencia del Certificado de Asistencia Individual.

3.3 Médico a Domicilio.

Cuando el Beneficiario no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en el domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico a domicilio sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica del Proveedor en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

En los demás lugares, el Proveedor ayudará al Beneficiario a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad.

Se realizará una restitución conforme al numeral VII de las mismas condiciones, en Medicamentos hasta por \$500 (quinientos pesos 00/100 M.N.) derivado de las Consultas Médicas a Domicilio.

Este Servicio está limitado a 2 (dos) eventos durante la vigencia del Certificado de Asistencia Individual.

IV. Límite de los Servicios en Zonas de alto riesgo

Los Servicios de asistencia médica serán proporcionados dentro del territorio de la República Mexicana por la red médica del Proveedor, no obstante, en las entidades y localidades de alto riesgo que se indican en el Anexo "A" de estas condiciones, se establecen los horarios en los que no se proporcionarán los Servicios en dichas entidades y localidades.

En tales horarios procederá el sistema de restitución conforme al numeral VII de las mismas condiciones. En este caso el Proveedor estará obligado a reintegrar al Beneficiario, previa entrega de los comprobantes correspondientes, el importe de los gastos que, por la contratación de servicios de asistencia iguales a los que son objeto del presente contrato hubiere erogado hasta el límite máximo de \$400 (cuatrocientos pesos 00/100 M.N.)

V. Exclusiones de los Servicios de asistencia médica

- 1. Las situaciones de Emergencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Beneficiario en contra de prescripción médica o durante viajes superiores a 60 (sesenta) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 2. Cuando la Situación de asistencia se derive de una acción intencional del Beneficiario en la comisión de un delito.**
- 3. Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
- 4. Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en las presentes condiciones.**
- 5. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:**
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Autolesiones.**

- c) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta) cuando esto se realice de manera profesional.
- d) Intento de suicidio.
- e) Enfermedades mentales o enajenación.
- f) Cualquier tipo de accidente o enfermedad causada por radiaciones nucleares.
- g) Embarazos en los últimos tres meses antes de la fecha probable del parto, así como éste último y los exámenes prenatales; trasplantes o traslados de órganos de cualquier tipo.
- h) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- i) Las lesiones o enfermedades sobrevenidas en el ejercicio de deportes extremos, o en el ejercicio como deportista profesional.
- j) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios;
- k) Quedan excluidos los costos generados por prótesis, aparatos de ortodoncia, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugías plásticas, revisiones de salud periódicas “*check-up*” o rutinarias.

VI. Forma de acceder a los servicios

Para obtener los servicios de asistencia médica antes descritos, el Asegurado deberá llamar a los números de la Empresa de Servicio disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año:

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario deberá llamar al _____, proporcionando los datos siguientes:

- a) Indicar el número telefónico donde, podrá contactar con el Usuario, así como todos los datos que el Coordinador le solicite para localizarlo.
- b) Nombre y número póliza emitida por la Institución.
- c) Proporcionará el número de “Certificado Individual de Asistencia” o número de la Credencial de elector.

Los Servicios de asistencia médica proporcionados a los Beneficiarios a cargo del Proveedor, obligan a éste a coordinar y cubrir los costos directamente a su red médica, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario, éste podrá acudir directamente a

terceros a solicitar los Servicios; en tal supuesto, el Proveedor, podrá restituir conforme al numeral VII de las mismas condiciones, al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, previa comprobación de las mismas y hasta el límite de \$400 (cuatrocientos pesos 00/100 M.N.)

VII. Procedimiento para la restitución.

1. El Beneficiario enviará la copia de credencial de elector del Asegurado y factura del medicamento o el comprobante de la consulta al Proveedor. [La factura y/o comprobantes deberán solicitarse a nombre del Asegurado, independientemente de quien haya solicitado el servicio (titular o familia)]
2. El Proveedor recibirá los comprobantes a través del correo de atención y entregará al Beneficiario un número de folio para dar trámite a la restitución.
3. El Proveedor notificará la procedencia de la restitución y el pago al Beneficiario el cual se hará a través de un sistema de transferencia de recursos en la institución de crédito que indique el Proveedor, para lo cual le proporcionará al Beneficiario un número de identificación personal (NIP).
4. El Beneficiario acudirá con el NIP proporcionado, a la institución de crédito indicada por el Proveedor a retirar el monto restituido.

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 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

ANEXO "A"

Horario en el que no se brindará el servicio en las Zonas de Alto Riesgo dentro de la República Mexicana

ENTIDAD	MUNICIPIO	RANGO DE MAXIMO RIESGO
Aguascalientes	Las carreteras a Zacatecas, Fresnillo, Sombrerete, hacia León por la libre, Jalpa, Yacualica Tlaltenango	19:00 A 06:00
Campeche	Carretera Champoton Escarcega	21:00 A 06:00
	Municipio de Emiliano Zapata al municipio de Escarcega	20:00 A 06:00
Chiapas	Carretera San Cristobal Ocosingo	19:00 A 06:00
Chihuahua	Cd. Jimenez	18:00 A 06:00
	Hidalgo del Parral	18:00 A 06:00
	Cd. Juarez.	18:00 A 06:00
	Chihuahua.	18:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	17:00 A 06:00
Coahuila	Cd. Acuña	18:00 A 06:00
	Monclova	18:00 A 06:00
	Parras	18:00 A 06:00
	Piedras Negras	18:00 A 06:00
	Sabinas	18:00 A 06:00
	Saltillo	18:00 A 06:00
	Torreon	18:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	18:00 A 06:00
Guanajuato	Celaya	20:00 A 06:00
	Irapuato	20:00 A 06:00
	León	23:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	20:00 A 06:00
Guerrero	Chilpancingo	18:00 A 06:00
	Iquala	18:00 A 06:00
	Acapulco	20:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	18:00 A 06:00
Michoacán	Apatzingan	20:00 A 06:00
	Lazaro Cardenas	20:00 A 06:00
	Morelia	20:00 A 06:00
	Uruapan	20:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	20:00 A 06:00
Morelos	Cuernavaca	22:00 A 06:00
	Servicios carreteros excepto a la Ciudad de México	N/A
Nuevo León	Monterrey y su área metropolitana	22:00 A 06:00
	China	18:00 A 06:00
	Villa de Santiago	20:00 A 06:00
	Villa de García	20:00 A 06:00
	Carretera Monterrey-Nuevo Laredo	20:00 A 06:00
	Carretera Mty a Linares	17:00 A 06:00

	Carretera Mty a Reynosa	17:00 A 06:00
Sinaloa	Culiacan	20:00 A 06:00
	Los Mochis	18:00 A 06:00
	Carreteras federal en todo el estado	18:00 A 06:00
Tabasco	Comalcalco	20:00 A 06:00
	Villahermosa	22:00 A 06:00
	La carretera Villa Hermosa a Tuxtla Gutiérrez	18:00 A 06:00
	Municipio de Emiliano Zapata al municipio de Escarcega	18:00 A 06:00
Tamaulipas	Nuevo Laredo	18:00 A 06:00
	Cd Victoria	18:00 A 06:00
	Reynosa	18:00 A 06:00
	San Fernando	Todo el día
	Ciudad Mante	Todo el día
	Servicios Carreteros en todo el Estado	16:00 A 6:00
Veracruz	Álamo	18:00 A 06:00
	Tuxpan	22:00 A 06:00
	Poza Rica	22:00 A 06:00
	Todas las carreteras del norte del Estado	Todo el día
	Veracruz-Boca del Rio	22:00 A 06:00
	Tuxtepec Oaxaca	22:00 A 06:00
	Tierra Blanca	22:00 A 06:00
	Cosamaloapan	22:00 A 06:00

ASISTENCIA FUNERARIA

No. REGISTRO: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

Las siguientes condiciones serán aplicables cuando esta asistencia se encuentre especificada en la carátula de la póliza y ésta se encuentre en vigor.

I. DISPOSICIONES GENERALES

Los Servicios de Asistencia Funeraria serán proporcionados por la Institución a través del Proveedor y aplican únicamente dentro de la República Mexicana. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el Proveedor, la Institución será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Proveedor en virtud del presente Contrato de Seguro.

1. Personas cubiertas

Este servicio sólo será aplicable a ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

2. Definiciones

Las siguientes definiciones serán aplicables únicamente a los Servicios de Asistencia Funeraria, en todo lo que no sean contrarias a lo establecido en las presentes condiciones, regirán las condiciones generales de la póliza.

a) Beneficiario: Serán beneficiarios de los servicios funerarios los familiares del Asegurado que requieran la prestación de los servicios o en su caso la retitución cuando ésta proceda de acuerdo con las presentes condiciones.

b) Servicios: Los Servicios de Asistencia Funeraria a que se refieren las presentes condiciones, que proporciona la Institución a través del Proveedor.

c) Coordinador: Persona que atiende al Beneficiario en la Cabina de Atención Telefónica.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Institución a través de su Proveedor, realizará todas las formalidades necesarias y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos del servicio funerario en el lugar donde haya ocurrido el deceso.

Los Servicios incluyen:

- Traslado a la Agencia Funeraria.
- Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- Ataúd metálico
- Carroza fúnebre.
- Cremación y urna para cenizas básica.
- Asesoría Legal Telefónica

Este Servicio está limitado únicamente para el caso de fallecimiento del Asegurado y hasta por un monto máximo de \$10,000.00 (diez mil pesos 00/100 M.N.); aplica en caso de fallecimiento por cualquier causa. Cualquier excedente derivado de servicios adicionales o diferentes a los descritos anteriormente, deberá ser cubierto por los familiares del Asegurado.

Asimismo, este monto máximo aplica para la restitución que efectuará al Beneficiario en caso de no cobertura por requerirse los servicios en los horarios restringidos dentro de las zonas de alto riesgo según se describen éstas más adelante.

III. EXCLUSIONES

El Servicio de Asistencia Funeraria no cubrirá lo siguiente:

Servicios fuera de la República Mexicana

- **Repatriación de restos.**
- **Servicios funerarios fuera de la Red del Proveedor, salvo caso de urgencia o imposibilidad de conformidad con lo previsto en el numeral 4 de estas condiciones.**
- **Gastos por servicios funerarios adicionales o diferentes a los cubiertos de conformidad con las presentes condiciones o en exceso al monto máximo establecido en la cláusula 2 de estas condiciones.**
- **Servicios funerarios cuando el fallecimiento haya ocurrido por hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- **Transportación de deudos o acompañantes.**
- **Servicios funerarios cuando el fallecimiento del Asegurado derive del Suicidio.**
- **Traslado de cuerpo del Asegurado de una Entidad Federativa a otra. El costo que se genere del traslado de una Entidad a otra, correrá a cargo de la familia.**

IV. LÍMITE DE LOS SERVICIOS EN ZONAS DE ALTO RIESGO

Los Servicios serán proporcionados dentro del territorio de la República Mexicana por la red del Proveedor, no obstante, en las entidades y localidades de alto riesgo que se indican en el Anexo "A" de estas condiciones, se establecen los horarios en los que no se proporcionarán los Servicios en dichas entidades y localidades.

En caso de requerir los Servicios dentro de los horarios antes señalados, procederá la restitución conforme al numeral VI de las mismas condiciones, de los gastos hasta el monto máximo de \$10,000.00 (diez mil pesos 00/100 M. N.), previa entrega de los comprobantes correspondientes, y en la forma establecida por el numeral VI de las presentes condiciones.

V. FORMA DE ACCEDER A LOS SERVICIOS

En caso de una Situación de Asistencia prevista por las presentes condiciones y antes de iniciar cualquier acción, se deberá llamar al _____ facilitando los datos siguientes:

- a) Indicar el número telefónico donde, podrá contactar con el Beneficiario, así como todos los datos que el Coordinador le solicite para localizarlo.
- b) Nombre y número póliza emitida por la Institución.

- c) Proporcionará el número de “Certificado Individual de Asistencia” o número de identificación de la Credencial de elector.

Los servicios de asistencia descritos en las presentes condiciones, son la única obligación de la Institución y consisten en organizar y cubrir los costos directamente, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad de los familiares o deudos para solicitarlos en los términos anteriormente descritos, dichos familiares o deudos podrán acudir directamente a terceros en solicitud del servicio; en tal supuesto, el Proveedor restituirá conforme al numeral VI de las mismas condiciones, a las personas que acrediten haber hecho el gasto, las sumas que hubiera erogado hasta el límite establecido en las presentes condiciones.

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores al de la fecha en que se produzca, lo anterior sin perjuicio de lo previsto por la cláusula de prescripción de las condiciones generales de la Póliza.

VI. PROCEDIMIENTO PARA LA RESTITUCIÓN

1. El Beneficiario enviará los comprobantes de los gastos efectuados al Proveedor. Los comprobantes deben de solicitarse con los datos del Asegurado y reuniendo los requisitos fiscales que la Ley señala.
2. El Proveedor recibirá los comprobantes a través del correo tramites@assist.mx y entregará al Beneficiario un número de folio para dar trámite a la restitución.
3. El Proveedor notificará la procedencia de la restitución y el pago al Beneficiario el cual se hará a través de un sistema de transferencia de recursos en la institución de crédito que indique el Proveedor, para lo cual le proporcionará al Beneficiario un número de identificación personal (NIP).
4. El Beneficiario acudirá con el NIP proporcionado, a la institución de crédito indicada por el Proveedor a retirar el monto restituido.

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 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02.

No. de Registro: CNSF-S0094-0437-2017 / CONDUSEF-002747-02

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

Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México |
Tel: (81) 83183800 ext. 28565, Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

ANEXO "A"

Horario en el que no se brindarán los Servicios de Asistencia Funeraria en las Zonas de Alto Riesgo dentro de la República Mexicana

ENTIDAD	MUNICIPIO	RANGO DE MAXIMO RIESGO
Aguascalientes	Las carreteras a Zacatecas, Fresnillo, Sombrerete, hacia León por la libre, Jalpa, Yacualica Tlaltenango	19:00 A 06:00
Campeche	Carretera Champoton Escarcega	21:00 A 06:00
	Municipio de Emiliano Zapata al municipio de Escarcega	20:00 A 06:00
Chiapas	Carretera San Cristobal Ocosingo	19:00 A 06:00
Chihuahua	Cd. Jimenez	18:00 A 06:00
	Hidalgo del Parral	18:00 A 06:00
	Cd. Juarez.	18:00 A 06:00
	Chihuahua.	18:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	17:00 A 06:00
Coahuila	Cd. Acuña	18:00 A 06:00
	Monclova	18:00 A 06:00
	Parras	18:00 A 06:00
	Piedras Negras	18:00 A 06:00
	Sabinas	18:00 A 06:00
	Saltillo	18:00 A 06:00
	Torreon	18:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	18:00 A 06:00
Guanajuato	Celaya	20:00 A 06:00
	Irapuato	20:00 A 06:00
	León	23:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	20:00 A 06:00
Guerrero	Chilpancingo	18:00 A 06:00
	Iguala	18:00 A 06:00
	Acapulco	20:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	18:00 A 06:00
Michoacán	Apatzingan	20:00 A 06:00
	Lazaro Cardenas	20:00 A 06:00
	Morelia	20:00 A 06:00
	Uruapan	20:00 A 06:00
	Servicios carreteros en todo el estado	20:00 A 06:00
Morelos	Cuernavaca	22:00 A 06:00
	Servicios carreteros excepto a la Ciudad de México	N/A
Nuevo León	Monterrey y su área metropolitana	22:00 A 06:00
	China	18:00 A 06:00
	Villa de Santiago	20:00 A 06:00
	Villa de García	20:00 A 06:00
	Carretera Monterrey-Nuevo Laredo	20:00 A 06:00
	Carretera Mty a Linares	17:00 A 06:00
	Carretera Mty a Reynosa	17:00 A 06:00
Sinaloa	Culiacan	20:00 A 06:00
	Los Mochis	18:00 A 06:00

	Carreteras federal en todo el estado	18:00 A 06:00
Tabasco	Comalcalco	20:00 A 06:00
	Villahermosa	22:00 A 06:00
	La carretera Villa Hermosa a Tuxtla Gutiérrez	18:00 A 06:00
	Municipio de Emiliano Zapata al municipio de Escarcega	18:00 A 06:00
Tamaulipas	Nuevo Laredo	18:00 A 06:00
	Cd Victoria	18:00 A 06:00
	Reynosa	18:00 A 06:00
	San Fernando	Todo el día
	Ciudad Mante	Todo el día
	Servicios Carreteros en todo el Estado	16:00 A 6:00
Veracruz	Álamo	18:00 A 06:00
	Tuxpan	22:00 A 06:00
	Poza Rica	22:00 A 06:00
	Todas las carreteras del norte del Estado	Todo el día
	Veracruz-Boca del Rio	22:00 A 06:00
	Tuxtepec Oaxaca	22:00 A 06:00
	Tierra Blanca	22:00 A 06:00
	Cosamaloapan	22:00 A 06:00