



**CARÁTULA DE PÓLIZA DE  
SEGURO  
DE VIDA GRUPO**

Póliza:

Vigencia Desde:

Vigencia Hasta:

Producto

Línea de Negocio

Forma de Pago

Moneda

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE**

C.P.

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE:

R.F.C.

**SUMAS ASEGURADAS**

Total Básica Inicial  
Asegurabilidad

Máxima sin requisitos de

**BENEFICIOS ADICIONALES**

Contribución de los miembros al pago de la prima

%

Total de Primas

Descuento

Periodicidad del Cálculo de Dividendos

Prima Neta

Tipo de Administración

Tasa de Financiamiento

Gastos de Expedición

I.V.A.

Tipo de Experiencia

**Prima Total Anual**

**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:** "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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".

Lo invitamos a consultar las coberturas exclusiones y limitantes del producto en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en [www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)

**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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022 / CONDUSEF-005453-02.

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

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

**Siniestros:** 800-723-47-63 | Las 24 horas del día los 365 días del año

**Funcionario Autorizado**

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la ciudad de Monterrey, N.L. el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Consentimiento- Certificado individual para formar parte del Seguro de Vida Grupo Deudores temporal a un año solicitado a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, por el grupo al que pertenezco.		
<b>Datos Generales</b>		
Número de Póliza	Vigencia de la Póliza	
Número de Certificado	Vigencia del Certificado	
Contratante o Razón Social		
<b>Para efectos del presente Contrato el Contratante será el Beneficiario Preferente e irrevocable del seguro, pero sólo hasta el saldo insoluto del crédito a la fecha del Evento.</b>		
Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno		
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Sexo (Hombre o Mujer)	
<b>Detalle de Coberturas</b>		
Coberturas(s)/ Beneficios	Suma Asegurada	Edades de Aceptación
<b>Desempleo Involuntario o Desempleo por Invalidez Total Temporal (Aplica solo en caso de mencionarse en el Detalle de Coberturas)</b>		
	Periodo de Espera	Periodo de Eliminación
<b>Desempleo Involuntario</b>		30 días por Enfermedad. No aplica Periodo de Eliminación por Invalidez Total Temporal por Accidente.
<b>Desempleo por Invalidez Total Temporal</b>		
Número de Pagos:		
<p><b>El importe exacto de la Prima Mensual y el monto de la Suma Asegurada, se le descontará y aparecerá en el Estado de Cuenta del Asegurado que emita el Contratante.</b></p> <p><b>Este Seguro permanecerá vigente mientras la prima mensual correspondiente se encuentre pagada y el asegurado continúe siendo parte del Grupo Asegurable amparado en la Póliza señalada en la sección de Datos Generales del presente Consentimiento-Certificado.</b></p>		
<b>IMPORTANTE</b>		
<p><b>¿Padece o ha padecido durante los últimos dos años alguna de las siguientes enfermedades?: CARDIOVASCULARES, DIABETES, SIDA, TUMORES, CÁNCER, O ENFERMEDADES PULMONARES.</b></p> <p><b>Si éste es su caso, no podrá quedar asegurado.</b></p> <p><b>SI _____ NO _____</b></p>		
<p><b>¿Desarrolla Usted alguna de las siguientes ocupaciones?: •Personal de Seguridad, Policías, Personal del Ejército, Personal de la Armada, Personal de la Fuerza Aérea, todos ellos con o sin porte de arma • Jubilados, Pensionados • Cañeros • Mineros • Pilotos (profesionales de autos y avión) • Personas que practiquen deportes peligrosos tales</b></p>		

como: Alpinismo, Caza, Tauromaquia, Buceo • Gasolineros • Rescatistas • Bomberos • Electricistas que se desarrollen como linieros, en alta tensión o plataforma.  
Si éste es su caso, no podrá quedar asegurado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**En caso de omisión, falsa o inexacta declaración, SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO podrá rescindir el contrato por lo que hace al certificado respectivo y en consecuencia en caso de siniestro, la Institución no será responsable de pagar la indemnización a los Beneficiarios.**

**Designación de Beneficiarios sólo en caso de Saldo Remanente**

Nombre(s), Apellido Paterno, Materno	Parentesco	%	Designación Irrevocable	
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Advertencias**

En el caso de que el asegurado desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma de que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en sólo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**DERECHOS DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS**

El Asegurado o sus Beneficiarios tendrán derecho a exigir a la Institución, que pague al Beneficiario Preferente (Contratante del seguro), el saldo insoluto del crédito amparado por el presente contrato, sin exceder la suma asegurada convenida.

Asimismo, la Institución se obliga a notificar al Asegurado y a sus 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.

**Transcripción artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

"**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 con 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."

"**Artículo 18.** Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DE VIDA DEUDORES SOLICITADA A SEGUROS AFIRME, S. A. DE C. V. AFIRME GRUPO FINANCIERO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONSENTIMIENTO, HAGO CONSTAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

Lugar \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

**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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022 / CONDUSEF-005453-02.

**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 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |  
[www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)

## **CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO**

### **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 sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada por persona especificada en el Certificado Individual.

Para efecto de la cobertura del presente contrato, el Contratante tendrá derecho a elegir entre tres opciones de Suma Asegurada conforme a lo siguiente:

- a) Saldo Insoluto del crédito.
- b) Monto pactado a la contratación del seguro; o
- c) Monto inicial del crédito.

### **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**

### **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.**

### **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.

### **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.

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.

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.

### **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. **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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022 / CONDUSEF-005453-02.**

Certificado individual para formar parte del Seguro de Vida Grupo Deudores temporal a un año solicitado a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, por el grupo al que pertenezco.			
<b>Datos Generales</b>			
Número de Póliza		Vigencia de la Póliza	
Número de Certificado		Vigencia del Certificado	
Contratante o Razón Social			
<b>Para efectos del presente Contrato el Contratante será el Beneficiario Preferente e irrevocable del seguro, pero sólo hasta saldo insoluto del crédito a la fecha del Evento.</b>			
Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno			
Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Sexo (Hombre o Mujer)	Referencia	
<b>Contribución de los miembros al pago de la prima ____ %</b>			
<b>Detalle de Coberturas</b>			
Coberturas(s)/ Beneficios	Suma Asegurada	Edades de Aceptación	
<b>Desempleo Involuntario o Desempleo por Invalidez Total Temporal (Aplica solo en caso de mencionarse en el Detalle de Coberturas)</b>			
	Periodo de Espera	Periodo de Eliminación	
Desempleo Involuntario		30 días por Enfermedad.	
Desempleo por Invalidez Total Temporal		No aplica Periodo de Eliminación por Invalidez Total Temporal por Accidente.	
Número de Pagos:			
<b>El importe exacto de la Prima Mensual y el monto de la Suma Asegurada, se le descontará y aparecerá en el Estado de Cuenta del Asegurado que emita el Contratante.</b> <b>Este Seguro permanecerá vigente mientras la prima mensual correspondiente se encuentre pagada y el asegurado continúe siendo parte del Grupo Asegurable amparado en la Póliza señalada en la sección de Datos Generales del presente Certificado.</b>			
<b>Información de Beneficiarios sólo en caso de Saldo Remanente</b>			
Nombre(s), Apellido Paterno, Materno	Parentesco	%	Designación Irrevocable
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Advertencias</b>			
<p>En el caso de que el asegurado desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma de que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en sólo caso tendría</p>			



una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

#### DERECHOS DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS

El Asegurado o sus Beneficiarios tendrán derecho a exigir a la Institución, que pague al Beneficiario Preferente (Contratante del seguro), el saldo insoluto del crédito amparado por el presente contrato, sin exceder la suma asegurada convenida.

Asimismo, la Institución se obliga a notificar 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.

#### Transcripción artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

"**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 con 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."

"**Artículo 18.** Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

**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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022 / CONDUSEF-005453-02.

#### 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 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |  
[www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)

## **CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO**

### **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 sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada por persona especificada en el Certificado Individual.

Para efecto de la cobertura del presente contrato, el Contratante tendrá derecho a elegir entre tres opciones de Suma Asegurada conforme a lo siguiente:

- a) Saldo Insoluto del crédito.
- b) Monto pactado a la contratación del seguro; o.
- c) Monto inicial del crédito.

### **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**

### **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.**

### **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.

### **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.

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.

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.

### **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. **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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022 / CONDUSEF-005453-02.**