



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.afirmese seguros.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

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 (CNSF), a partir del día 27 de agosto de 2024, con el número CNSF-S0094-0332-2024 / CONDUSEF-006561-01.

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.afirmese seguros.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 ____.

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.

Si en el presente o en el futuro el Asegurado realiza o se relaciona en actividades ilícitas, se considerará una agravación del riesgo y cesarán las obligaciones de la Institución derivadas del contrato de seguro.

IMPORTANTE

Sólo se puede asegurar a personas de entre 18 y 74 años de edad.

Debido a requisitos de la Institución; este seguro de vida es válido hasta que el Asegurado cumpla 81 años de edad.

Los límites de edades de aceptación y renovación que arriba se indican, son aplicables para la cobertura básica (fallecimiento), toda vez que la edad máxima de admisión para los beneficios adicionales, en caso de que éstos sean contratados, pueden ser diferentes de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de los mismos.

¿Padece o ha padecido durante los últimos dos años alguna de las siguientes enfermedades?: CORAZÓN, DIABETES, SIDA, TUMORES, CÁNCER, O ENFERMEDADES PULMONARES, ya que, si éste es su caso, no podrá quedar asegurado.

SI _____ NO _____

Nota: En caso de desarrollar cualquiera de las OCUPACIONES que a continuación se detallan NO PODRÁ SER ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA:

- Personal de Seguridad Pública o Privada, Policías, Personal de Tránsito, Personal del Ejército, Personal de la Armada, Personal de la Fuerza Aérea, todos ellos con o sin porte de arma
- Personas con edades fuera de los límites de aceptación
- Jubilados, Pensionados
- Cañeros
- Mineros
- Pilotos (profesionales de autos y avión)
- Personas que practiquen deportes peligrosos (Ejemplo: Alpinismo, Caza, Tauromaquia, Buceo)
- Empleados cuya ocupación requiera del manejo de Químicos, Líquidos Inflamables, Gasolina, Diésel
- Rescatistas
- Bomberos
- Electricistas que se desarrollen como linieros, en alta tensión o plataforma.

¿Desarrolla Usted alguna de las ocupaciones mencionadas?: SI _____ NO _____

En caso de respuesta afirmativa favor de especificar cual: _____.

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.

Este seguro permanecerá vigente mientras la prima mensual correspondiente se encuentre pagada y el Asegurado continúe siendo Cliente Afirme.

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."

OTORGO 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 y Fecha: _____ el día _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

"Instruyo y autorizo a BANCA AFIRME, S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, AFIRME GRUPO FINANCIERO para que con cargo a mi cuenta bancaria/tarjeta de crédito arriba señalada, realice por mi cuenta los pagos por concepto a prima a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, respecto al contrato de seguro del cual forma parte el presente consentimiento/certificado, por el importe y en la fecha indicados conforme a la póliza".

FIRMA DEL CUENTA HABIENTE
(CONSENTIMIENTO DE CARGO)

Este consentimiento/certificado será entregado al Asegurado por el Contratante una vez que sea firmado tanto por el propio Asegurado como por el funcionario de la Institución que lo suscriben.

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 (CNSF), a partir del día 27 de agosto de 2024 con el número CNSF-S0094-0332-2024/CONDUSEF-006561-01.

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

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

COPY
SIN
VALOR

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 fijo 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.

“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.”

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.

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.

Datos Generales

Número de Póliza	Vigencia de la Póliza
Número de Certificado	Vigencia del Certificado

Contratante o Razón Social

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.

Nombre(s) del Asegurado, Apellido Paterno, Materno

Fecha de nacimiento (día, mes , año)	Fecha de alta al Seguro (día, mes , año)	Sexo
		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>

Ocupación del Asegurado

Detalle de Coberturas

Coberturas(s)	Suma Asegurada

	Invalidez Total y Permanente S.A.I.T. (3)	Desempleo Involuntario e Invalidez Total Temporal por Enfermedad
Periodo de Espera	90 días	30 días
Periodo de Eliminación	No aplica	30 días (no aplicable en caso de Invalidez Total Temporal por Accidente)

Monto y periodicidad de pagos del crédito para la cobertura de Desempleo involuntario. MENSUALIDAD DE: \$ _____

Cuestionario de Salud

Peso (kg) : _____ Estatura (cm): _____

- ¿Ha presentado usted algún padecimiento relacionado con el corazón, sistema circulatorio, las vías respiratorias, el aparato digestivo, el aparato reproductor o las vías urinarias) Si No
- ¿ Presenta usted alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores o S.I.D.A.? Si No
- ¿Usted está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica? Si No

En caso de haber conestado de manera afirmativa alguna de las preguntas anteriores, favor de ampliar información en el cuadro que sigue:

No. de Pregunta	Enfermedad, Lesiones, Estudio o Tratamiento	Fecha	Duración	Condición Actual

--	--	--	--	--

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 de Seguros no será responsable de pagar la indemnización a los beneficiarios.

Designación de Beneficiarios

Nombre(s), Apellido Paterno, Materno	%	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.

Si en el presente o en el futuro el Asegurado realiza o se relaciona en actividades ilícitas, se considerará una agravación del riesgo y cesarán las obligaciones de la Institución derivadas del contrato de seguro.

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."

OTORGO 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

Este consentimiento/certificado será entregado al Asegurado por el Contratante una vez que sea firmado tanto por el propio Asegurado como por el funcionario de la Institución que lo suscriben.

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 (CNSF), a partir del día 27 de agosto de 2024 con el número CNSF-S0094-0332-2024/CONDUSEF-006561-01.

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

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

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 fijo 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.

“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.”

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.