

Afirme Protección Vida 360

**Seguro Vida Grupo Afirme
Experiencia Propia**

Condiciones Generales



Vida Grupo



Vida Grupo



¿Qué hacer en caso de siniestro?

LLAMA AL CENTRO DE ATENCIÓN TELÉFONICA

Reporta el siniestro a nuestro teléfono:



800 - 723 - 47 - 63

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

AL REPORTARLO, MENCIONA:



Número de póliza



Causa de siniestro
o motivo de reporte



Nombre del asegurado



Fecha del siniestro



Datos de quien reporta
(Nombre completo, teléfono
y correo)

Para asesoría y seguimiento
de tu Siniestro, llama al:



800 - 723 - 47 - 63

de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.

Te invitamos a descargar la
App Afirme Seguros



iOS



Android

CONDICIONES GENERALES

SEGURO VIDA GRUPO AFIRME EXPERIENCIA PROPIA

NO. DE REGISTRO: CNSF-S0094-0149-2026/CONDUSEF-007203-01

INDICE

I. DEFINICIONES

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA

III. COBERTURAS ADICIONALES DE CONTRATACIÓN OPCIONAL (CON COSTO)

IV. EXCLUSIONES

V. SERVICIO DE ASISTENCIA INCLUIDO

VI. SERVICIOS DE ASISTENCIA DE CONTRATACIÓN OPCIONAL (CON COSTO)

VII. CLAUSULAS OPERATIVAS

VIII. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

IX. CLÁUSULAS GENERALES

I. DEFINICIONES

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

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona, que ocurra durante la vigencia de la Póliza y del Consentimiento Certificado o Certificado Individual y se manifiesten dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

2. Accidente Colectivo

Se considera Accidente Colectivo si la muerte o lesiones ocurren como consecuencia de un Accidente:

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

3. Asegurado

Persona incluida en la Póliza que tiene derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

4. Beneficiario

Persona(s) designada(s) por el Asegurado cuyos nombres aparecen en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado respectivo y que tiene(n) el derecho de recibir la Indemnización prevista por el presente Contrato.

5. Cáncer

Enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El Diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citológica.

6. Certificado Individual o Consentimiento Certificado

Documento emitido por la Institución que describe las coberturas, sumas aseguradas o regla para determinarla, así como las cláusulas bajo las cuales ha quedado asegurado en la Póliza cada Asegurado del Grupo.

7. Consentimiento Individual

Documento mediante el cual el Asegurado acepta su inclusión a la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

8. Contratante

Persona física o moral que aparece con ese carácter en la Carátula de la Póliza y que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para el Grupo Asegurable, el cual se compromete a realizar el pago de la Prima por concepto de seguro.

9. Contrato y/o Póliza

Acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo parte del mismo, las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Institución en la Solicitud de Seguro y en los consentimientos, así como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, Certificado Individual, Consentimiento Certificado, registro de asegurados, Endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional entregado por la Institución o a la Institución.

10. Dependientes Económicos

Cónyuge, concubina o concubinario que posea legalmente tal carácter y en su caso, los hijos desde su nacimiento y que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 años, dependan económicamente del Asegurado Titular, y aparezcan como Asegurados en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

También pueden ser asegurados como Dependientes Económicos, los Padres del Asegurado Titular, siempre y cuando aparezcan como Asegurados en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

11. Diagnóstico

Dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúa un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

12. 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.

13. Elegibilidad

Condición en la que una persona cumple los requisitos establecidos en la cláusula de Requisitos de Elegibilidad para ser incorporada y permanecer como Asegurada bajo la presente póliza. La Elegibilidad deberá verificarse al momento de la incorporación y durante la vigencia del seguro.

14. Endoso

Documento que por acuerdo entre el Contratante y la Institución modifica las condiciones generales o particulares del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales aplicables en todo aquello que se contraponga.

15. Enfermedad

Alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza que se origine independientemente de hechos accidentales por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.

16. Enfermedades Preexistentes

Alteración de la salud física sufrida por el Asegurado que se origine independientemente de hechos accidentales por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico que, con anterioridad a la contratación de este seguro:

- Se haya declarado su existencia, o sea conocida y no declarada por el Asegurado.
- El Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico; o
- Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico.

17. Enfermedad Terminal

Padecimiento con Diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso no mayor a 12 meses, contados a partir de la fecha en que se emitió el Diagnóstico.

18.Grupo Asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración de este Contrato.

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

19.Grupo Asegurado

Conjunto de personas que perteneciendo al Grupo Asegurable y habiendo firmado los Consentimientos Individuales respectivos para ser asegurados, aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados.

20.Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y que cuente con la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente.

21.Institución

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

22.Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

Es requisito indispensable que el (los) Médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente cubierto mediante la nota y firma respectiva en el expediente clínico.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus Dependientes Económicos, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.; no obstante, **no podrá ser Médico del Asegurado y/o sus familiares, aquella persona que mantenga un vínculo consanguíneo en línea recta o colateral hasta el segundo grado ni de afinidad con el Asegurado y/o sus Dependientes Económicos.**

23.Pérdida de una mano

Su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.

24.Pérdida de un pie

Su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

25.Pérdida de dedos

Se refiere a la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

26.Pérdida de la vista

La pérdida completa y definitiva de la visión.

27.Pérdida del pulgar o índice

La separación de dos falanges completas en cada dedo.

28. Periodo de Espera

Es el plazo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia indicada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual hasta que el Asegurado Titular pueda iniciar su protección al amparo de la cobertura contratada.

29. Periodo de Gracia

Plazo otorgado por la Institución, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente, la cual se deducirá del beneficio a entregar si ocurriera el Siniestro durante este lapso.

30. Prima

Valor determinado por la Institución, que el Contratante debe pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas y, en su caso, por los beneficios adicionales o servicios asociados al producto.

31. Reserva Matemática

Es la cantidad de dinero que la Institución mantiene destinada para asegurar que, en todo momento, pueda cumplir con las obligaciones adquiridas con el Asegurado en esta póliza. Dicho monto se determina conforme a lo que establece la ley en la materia, considerando la forma en que se pagan las primas y la duración de la cobertura. La Reserva Matemática no es un valor fijo: va disminuyendo conforme avanza el periodo de cobertura de la póliza.

32. SAMI (Suma Asegurada Máxima Individual)

Es la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos indicada en la carátula de la Póliza.

33. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista y cubierta por el Contrato de Seguro, que da origen al pago de la Suma Asegurada.

34. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad que la Institución cubrirá para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, la cual estará indicada en el consentimiento o certificado individual, en el registro de Asegurados.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA

1. FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular dentro la vigencia de la Póliza y del Consentimiento Certificado o Certificado Individual, la Institución, pagará la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento Certificado Individual o Certificado Individual, a los Beneficiarios designados por el Asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia del Contrato de Seguro, la protección de esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular la cobertura del Consentimiento Certificado o Certificado Individual de dicho Asegurado Titular y la Institución haya realizado el pago de la Indemnización correspondiente, cesa de manera automática y la Institución queda liberada de todas las obligaciones relativas a ese Consentimiento Certificado y de la Póliza de la cual forma parte.

2. ANTICIPO DE GASTOS FUNERARIOS

La Institución otorgará al Beneficiario designado, por una sola ocasión, el pago anticipado como adelanto de la Suma Asegurada de Fallecimiento del Asegurado Titular indicado en el Certificado Individual vigente, con solo presentar ante la Institución, el certificado Médico de defunción del Asegurado.

El porcentaje y monto máximo que se otorga para esta cobertura se encuentra especificada en la carátula de Póliza, así como en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Por lo que, el monto de adelanto de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento será descontada de la Suma Asegurada de Fallecimiento pendiente por indemnizar.

3. ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

La Institución otorgará al Asegurado Titular, por una sola ocasión, el pago anticipado como adelanto de la Suma Asegurada de Fallecimiento del Asegurado Titular, al presentar la certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal.

El porcentaje y monto máximo que se otorga para esta cobertura se encuentra especificada en la carátula de Póliza, así como en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Por lo que, el monto de adelanto de la Suma Asegurada de la cobertura de la cobertura de Fallecimiento será descontada de la Suma Asegurada de Fallecimiento pendiente por indemnizar.

Para efecto de esta cobertura las Enfermedades cubiertas son: Cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica o insuficiencia respiratoria crónica.

- **Cáncer**

Conforme se encuentra establecido en el apartado de Definiciones de las presentes Condiciones Generales.

- **Insuficiencia Cardiaca**

La incapacidad del corazón para funcionar normalmente es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización o, sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

- **Insuficiencia Hepática Crónica**

Incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

- **Insuficiencia Renal Crónica**

Estado de Enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidro-electrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 mg. o más de creatinina sérica o está en procedimiento dialítico sin posibilidades de trasplante renal.

- **Insuficiencia Respiratoria Crónica**

Pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido

dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido del pulmón, independientemente de la causa.

3.1. Exclusiones

No será procedente cuando su causa sea atribuida a alguna de las siguientes causas:

- a) **Enfermedades acompañadas por una infección VIH (SIDA) y cualquiera de sus padecimientos derivados de esta Enfermedad.**
- b) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o auto lesión intencionada, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- c) **Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas.**
- d) **Cuando el Asegurado sea candidato para realizarle un trasplante que mejore la Enfermedad parcial o totalmente.**
- e) **Enfermedades Preexistentes.**
- f) **Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo «sten» y/o cualquier otra intervención intra - arterial.**
- g) **Tumores y Cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno).**
- h) **Cualquier Cáncer “in situ”, sin invasión o metástasis, así como el Cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión.**

III. COBERTURAS ADICIONALES DE CONTRATACIÓN OPCIONAL (CON COSTO)

Las siguientes coberturas al ser adicionales a la cobertura por fallecimiento, serán cubiertas únicamente a petición del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

1. FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE O CONCUBINO

Mediante la contratación de esta cobertura, si ocurre el fallecimiento del Cónyuge o Concubino del Asegurado Titular dentro la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual, la Institución, pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada indicada para dicha cobertura.

La Suma Asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor a la cobertura de Fallecimiento del Asegurado Titular.

2. INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado Titular o alguno de sus Dependientes Económicos, y/o los Padres del Asegurado Titular, hayan dado su consentimiento para ser Asegurados y fallecen dentro de la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual, la Institución se obliga a pagar la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La Suma Asegurada máxima para esta cobertura se especificará en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual y se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la Institución reciba el Certificado Médico de defunción del Asegurado.

En caso de muerte del Asegurado Titular, la Suma Asegurada se pagará a Beneficiarios designados.

En caso de la muerte de los Dependientes Económicos y/o Padres del Titular, incluidos en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual respectivo, la Suma Asegurada siempre se pagará al Asegurado Titular.

Para el fallecimiento de los Dependientes Económicos menores de 12 años edad esta cobertura operará como reembolso de gastos funerarios comprobados realizados por el Asegurado Titular y derivados del fallecimiento de dichos menores. Para esta cobertura el Beneficiario de los Dependientes Económicos siempre será el Asegurado Titular.

Para el caso de los Dependientes Económicos y/o Padres del Titular esta cobertura podrá renovarse siempre y cuando el Asegurado Titular siga perteneciendo al Grupo Asegurado y los Dependientes Económicos se encuentren dentro de las edades de aceptación.

3. CÁNCER A PRIMER DIAGNÓSTICO

Mediante la contratación de esta cobertura, la Institución pagará la Suma Asegurada que se especifica en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual, a la Primera Ocurrencia o Primer Diagnóstico de Cáncer del Asegurado Titular ocurrido durante la vigencia establecida en el documento indicado.

Bajo esta Cobertura solo podrán ser aseguradas todas aquellas personas entre los 15 y 64 años, siendo la edad máxima de Renovación la de 69 años, con cancelación a los 70 años cumplidos.

Se establece que el Diagnóstico que avale la Primera Ocurrencia de Cáncer, deberá basarse en la evaluación de un Médico con certificación en la especialidad tratada con pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista Médico para llevar a cabo el dictamen que, en su caso, corresponda.

Sólo en caso de que el Asegurado por razones atribuibles a su estado de salud no pudiese reclamar directamente la indemnización por esta cobertura, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

3.1. Periodo de Espera

La cobertura de Cáncer a Primer Diagnóstico opera con la aplicación de un Periodo de Espera de 120 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual, **periodo durante el cual el Asegurado Titular no cuenta con la protección de esta cobertura.**

3.2. Exclusiones

La Cobertura de Cáncer a Primer Diagnóstico no surtirá efecto en caso de que la causa que da origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a. Lesiones premalignas, benignas o con potencial de malignidad;**
- b. Cáncer in situ o no invasivo;**
- c. Tumores de piel, excepto Melanoma maligno mayor de 0,7 mm Breslow y / o descritos histológicamente por la séptima edición de la clasificación TNM* del AJCC mayor que la etapa T1aN0M0;**
- d. Cualquier etapa de la Neoplasia intraepitelial cervical;**
- e. Tumores tratados solo por procedimientos endoscópicos y tumores de vejiga urinaria que no han invadido la capa muscular (Tis y Ta);**
- f. Tumores de próstata a menos que se clasifiquen histológicamente como que tengan un puntaje de Gleason mayor que 6 o que hayan progresado al menos a la clasificación Clínica TNM* T2N0M0;**

- g. Tumor de tiroides en sus etapas iniciales que mide menos de 2 cm de diámetro y se describe histológicamente como T1N0M0 de la clasificación TNM* de la séptima edición de AJCC;
- h. Leucemia linfocítica crónica a menos que se clasifique histológicamente como que ha progresado al menos a la etapa A de Binet.
- i. No haber sido diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual o durante el Período de Espera, ni recibido tratamiento por leucemia, Enfermedad de Hodking, patología mamaria, patología uterina o de ovarios, tumores de cualquier tipo, Cáncer o cualquier Enfermedad relacionada al Cáncer.

* (Sistema de Estadaje del Cáncer)

4. ENFERMEDADES GRAVES (EG)

Mediante la contratación de esta cobertura, si durante la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual se Diagnostica al Asegurado Titular por primera vez cualquiera de las Enfermedades cubiertas en las siguientes categorías, la Institución se obliga a pagar en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada y especificada en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, o Consentimiento Certificado vigente, sujetándose a los términos del Contrato:

CATEGORÍA	ENFERMEDADES GRAVES
I	Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebrovascular Agudo, By-pass coronario con toracotomía.
II	Insuficiencia renal crónica
III	Cáncer invasivo
IV	Parálisis Permanente de Miembros, Desmembramiento Accidental.
V	Trasplante de órgano mayor
VI	Quemaduras de Tercer Grado
VII	Apendicitis Aguda (la Suma Asegurada para esta Enfermedad será del 20% de la Suma Asegurada para Enfermedades Graves).

Cuando en una determinada categoría ocurren uno o varios Siniestros y se haya pagado la totalidad de la Suma Asegurada contratada, esa categoría se cancela definitivamente y las demás categorías se mantienen vigentes en los términos originales de contratación.

En caso de que el Asegurado por razones atribuibles a su estado de salud no pudiese reclamar directamente la indemnización por esta cobertura, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

Si el Asegurado fallece como consecuencia de la Enfermedad Grave amparada por este beneficio habiendo superado el periodo de supervivencia y no le fue posible cobrar la indemnización de esta cobertura, y es procedente el Siniestro conforme a las presentes condiciones, la indemnización será pagada a los Beneficiarios designados para el beneficio básico de fallecimiento.

A continuación, se definen las Enfermedades Graves incluidas en cada categoría:

Categoría I

1. Infarto Agudo al miocardio

Diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo inadecuado y que ha dado lugar a todas las siguientes evidencias de infarto agudo de miocardio:

- Síntomas clínicos típicos, por ejemplo, dolor torácico característico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos característicos; y
- El aumento y/o disminución característicos de los análisis de sangre de biomarcadores cardíacos (troponina T cardíaca, troponina I cardíaca o CK-MB) con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite superior de referencia.

Exclusiones particulares

- a) Otros síndromes coronarios agudos.**
- b) La angina de pecho sin infarto de miocardio.**
- c) Causas no relacionadas con infartos de miocardio de enzimas o biomarcadores cardíacos elevados.**

2. Accidente cerebro vascular agudo

Evento cerebrovascular que incluye la muerte del tejido cerebral debida a un riesgo sanguíneo inadecuado o a una hemorragia dentro del cráneo que provoque un déficit neurológico permanente con síntomas clínicos persistentes (como definidos a continuación). La evaluación de las afectaciones enumeradas anteriormente no puede realizarse antes de que hayan transcurrido 3 meses desde el Accidente cerebrovascular,

Se consideran síntomas clínicos válidos: La Hiperestesia (aumento de la sensibilidad), parálisis, debilidad localizada, disartria (dificultad para hablar), afasia (incapacidad para hablar), disfagia (dificultad para tragar), discapacidad visual, dificultad para caminar, falta de coordinación, temblor, convulsiones, demencia, delirio y coma.

El Diagnóstico debe estar certificado por un neurólogo y debe estar respaldado por los resultados de resonancia magnética, tomografía computarizada u otras técnicas de imagen fiables compatibles con el Diagnóstico de un nuevo evento cerebrovascular.

Exclusiones particulares

- a) Ataques isquémicos transitorios.**
- b) Síntomas cerebrales debidos a la migraña.**
- c) Daño cerebral debido a un Accidente o lesión, hipoxia general, intervención médica, infección, vasculitis o Enfermedad inflamatoria.**
- d) Enfermedad vascular que afecte solamente el ojo y/o el nervio óptico.**
- e) Accidentes cerebrovasculares causados o relacionados con el consumo de drogas ilícitas o el abuso de sustancias.**
- f) Trastornos isquémicos del sistema vestibular, y**
- g) Hallazgos incidentales en imágenes (por ejemplo, en una TC o una RM) sin síntomas clínicos claramente relacionados.**

3. Bypass coronario con toracotomía

Realización de intervención quirúrgica mediante esternotomía media (cirugía para dividir el esternón) por indicación de un especialista en cardiología, cirugía de tórax o cirugía cardiovascular para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias con injertos biológicos o artificiales para hacer un bypass coronario.

Categoría II**1. Insuficiencia renal crónica**

Insuficiencia renal terminal que se presenta como un fallo crónico irreversible del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia del cual se inicia una diálisis renal periódica, de forma permanente.

Se requiere la confirmación del Diagnóstico por un servicio especializado de nefrología, incluida la confirmación de la inclusión en el tratamiento de diálisis.

Categoría III

1. Cáncer Invasivo

Cualquier tumor maligno diagnosticado con confirmación histológica y caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos. El término tumor maligno incluye la leucemia, el sarcoma y el linfoma maligno.

No están cubiertos los siguientes diagnósticos:

- **Tumores descritos/clasificados histológicamente como cualquiera de los siguientes:**
 - Premaligno
 - No invasivo
 - Carcinoma in situ (Tis) o Ta (Clasificación TNM).
 - Con malignidad limítrofe
 - Con algún grado de potencial maligno
 - Sospecha de malignidad
 - Neoplasia de comportamiento incierto o desconocido; o
 - Cualquier grado de displasia, lesiones escamosa, intraepitelial o neoplasia intraepitelial.
- **Tumores de próstata, a menos que se clasifiquen histológicamente con una puntuación de Gleason de 7(siete) o superior o que hayan progresado al menos a la clasificación TNM T2bN0M0 o pT2N0M0 tras una prostatectomía (extirpación de la próstata).**
- **Tumores uroteliales, a menos que se clasifiquen histológicamente TNM T2N0M0 o más avanzado.**
- **Tumores de tiroides, a menos que histológicamente tengan una clasificación de TNM T2N0M0 o más avanzado.**
- **Leucemia linfocítica crónica inferior al estadio 3(tres) de la RAI.**
- **Cualquier carcinoma cutáneo no melanoma (también el linfoma cutáneo y sarcoma) a menos que haya evidencia de metástasis a ganglios linfáticos o distantes.**
- **Melanoma maligno que no haya causado invasión más allá de la epidermis.**
- **Tumores del estroma gastrointestinal y tumores neuroendocrinos, a menos que hayan progresado al menos II (según la última edición del Manual de Estadificación del Cáncer de la AJCC).**
- **Tumores del timo, a menos que histológicamente tengan una clasificación de TNM T1bN0M0 o más avanzado.**
- **Todos los tumores en presencia de infección por VIH.**

Categoría IV

1. Parálisis Permanente de Miembros

Consiste en la pérdida total e irreversible del uso de 2 (dos) extremidades como consecuencia de una lesión o Enfermedad de la médula espinal o el cerebro que persista durante un periodo de al menos seis meses.

La pérdida del uso de las extremidades debe ser pronosticado como permanente sin perspectivas de mejora. Por extremidad, se entiende un brazo completo o una pierna completa.

La pérdida total e irreversible de la capacidad de uso debe ser confirmada por un neurólogo y estar avalada por los resultados clínicos y diagnosticados.

No están cubiertos los siguientes diagnósticos:

- **Parálisis o pérdida de miembros debido a lesiones autoinfligidas.**
- **Afectaciones de la movilidad por trastornos psicológicos o psiquiátricos.**

2. Desmembramiento accidental

Consiste en la amputación completa de dos o más extremidades por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo debido a Accidente o Enfermedad. El Diagnóstico debe ser confirmado por un cirujano.

No están cubiertos los siguientes diagnósticos:

- **Pérdida de miembros debido a lesiones autoinfligidas.**

Categoría V

1. Trasplante de órgano mayor

Trasplante de órgano mayor, de un donador al Asegurado de alguno de los siguientes órganos: médula ósea, procedido de una ablación total de la médula ósea o trasplante completo de corazón, riñón, pulmón, o páncreas; o trasplante parcial de hígado.

Si un trasplante definido anteriormente se ha realizado fuera del territorio de México o Estados Unidos de América, el derecho a las prestaciones del Seguro sólo podrá surgir previa autorización de la Institución avalado por escrito que el procedimiento de trasplante fuera de México o Estados Unidos de América sea considerado regular antes de la realización de éste.

Para la definición anterior, no se contempla lo siguiente trasplante de otros órganos, partes de órganos, tejidos o células.

La cobertura del seguro únicamente incluye al receptor y no al donador.

Categoría VI

1. Quemaduras de Tercer Grado

Quemaduras diagnosticadas por un especialista en dermatología o cirugía plástica como de tercer grado que cubran al menos el 20% de la superficie del cuerpo del Asegurado Titular.

No están cubiertos los siguientes eventos:

- **Quemaduras de tercer grado debidas a lesiones autoinfligidas;**
- **Cualquier quemadura de primer o segundo grado, independiente del porcentaje de extensión.**

Categoría VII

1. Apendicitis aguda

Inflamación aguda con infección del apéndice cecal que requiere una intervención quirúrgica urgente ya sea por laparotomía o laparoscopia.

Se requiere estudio histopatológico de la pieza extirpada que confirme el proceso inflamatorio del apéndice.

Exclusiones particulares

- a) Apendicetomía profiláctica practicada durante un procedimiento quirúrgico abdominal de otra naturaleza.**

Con el Diagnóstico de una Enfermedad Grave del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura.

Si al finalizar el plazo de vigencia de esta Cobertura, el Asegurado no ha sufrido o desarrollado por primera vez, alguna de las Enfermedades Graves amparadas, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Cuando derivado del pago de uno o más Siniestros a consecuencia del Diagnóstico de una Enfermedad grave se agote la Suma Asegurada para esa categoría de Enfermedades Graves, dicha categoría será cancelada, manteniéndose vigentes las sumas aseguradas para el resto de las categorías.

4.1. Exclusiones aplicables a la cobertura de Enfermedades Graves

Ningún beneficio será pagado en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es consecuencia de:

- a) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.**
- b) Enfermedades que no sean las descritas en Enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.**
- c) Un acto intencional o auto-infringido.**
- d) Padecimientos resultantes por ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un Médico calificado,**
- e) Abuso de alcohol o ingesta de veneno;**
- f) Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA; Enfermedades Graves en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA o Seropositivo al VIH o Enfermedades de la sangre;**
- g) Padecimientos resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicas y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad o deporte peligroso que se practique de manera amateur y/o ocasional.**
- h) Cualquier Accidente y todo padecimiento que sea consecuencia directa del mismo, excepto si se trata de un Accidente Cerebro Vascular.**
- i) Enfermedades congénitas.**
- j) Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- k) Cualquier indemnización solicitada que se base en un Diagnóstico realizado por una persona que no sea un Médico Especialista en la Enfermedad o que sea miembro de la familia del Asegurado hasta de cuarto grado sin importar si es un Médico Especialista.**
- l) Si el Diagnóstico de la Enfermedad que lo desencadena fue realizado antes del inicio de vigencia de la póliza o de la fecha de alta del Asegurado, o**
- m) Si ya había síntomas presentes que indicasen ha dicho Diagnóstico antes del inicio de vigencia de la Póliza o de la fecha de alta del Asegurado.**

4.2. Periodo de Espera

Periodo de 90 días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual, durante el cual no tienen efecto los beneficios de la cobertura y por tanto el Asegurado no tiene derecho a Indemnización. Aplica únicamente para el primer periodo de vigencia ininterrumpida.

4.3. Periodo de Supervivencia

Es el periodo de tiempo de 30 días naturales que el Asegurado debe sobrevivir a partir de la fecha del primer Diagnóstico de la Enfermedad cubierta, para resultar elegible al presentar un reclamo por Enfermedades Graves y que tenga derecho a la indemnización. **Si el fallecimiento sobreviene durante el Periodo de Supervivencia, no se realizarán indemnizaciones.**

5. MUERTE ACCIDENTAL (BMA)

Mediante la contratación de esta cobertura, la Institución indemnizará al o los Beneficiarios designados, si a consecuencia directa de algún Accidente, ocurre la muerte del Asegurado Titular, durante la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

La Institución estará facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas o información sobre los hechos relacionados con el Accidente, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la reclamación.

Esta cobertura es excluyente con las Coberturas Adicionales de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas escala A y Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Pérdidas Orgánicas escala B.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 1. EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE MUERTE ACCIDENTAL.

6. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVO (M.A.C.)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución indemnizará a los Beneficiarios designados, si a consecuencia directa de un Accidente Colectivo, el Asegurado Titular fallece en el evento o por sus lesiones, dentro de los 90 días posteriores al mismo, lo anterior siempre y cuando el Accidente Colectivo ocurra durante la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

La Institución estará facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas o información sobre los hechos relacionados con el Accidente Colectivo, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la reclamación.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 1. EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE MUERTE ACCIDENTAL.

7. MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (D.I.P.O.)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución indemnizará al Asegurado Titular o en su caso, a los Beneficiarios designados por él, conforme a la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún Accidente, ocurre la muerte o cualquiera de las pérdidas indicadas, según la Escala de Pérdidas Orgánicas contratada indicada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual (Escala A o Escala B), durante la vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

Pérdida Ocurrida	% Suma Asegurada	% Suma Asegurada
Muerte accidental	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
Sordera completa de los oídos	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	-	20%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	-	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%

Para el caso de muerte accidental, el pago de la Suma Asegurada se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado Titular, en caso pérdidas orgánicas se le pagará la indemnización al Asegurado Titular.

La responsabilidad de la Institución sobre este beneficio, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más Accidentes, varias de las pérdidas especificadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

La Institución estará facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas o información sobre los hechos relacionados con el Accidente, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la reclamación.

Las escalas de esta cobertura son excluyentes entre sí y son excluyentes con las Coberturas Adicionales de Pérdidas Orgánicas escala A y Pérdidas Orgánicas escala B y la cobertura de Muerte Accidental.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 1. EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE MUERTE ACCIDENTAL.

8. PÉRDIDAS ORGÁNICAS (P.O.)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución pagará al Asegurado Titular una Indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes según la escala abajo descrita de Pérdidas Orgánicas y la Suma Asegurada establecidos en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual, si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado Titular y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el Accidente ocurra dentro de la vigencia del documento indicado y las lesiones produjeran cualquiera de las Pérdidas Orgánicas especificadas en las Tablas de Indemnización de la "Escala A" o "Escala B" indicadas en este apartado.

	Escala A	Escala B
Pérdida Ocurred	% Suma Asegurada	% Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
Sordera completa de los oídos	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	-	20%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	-	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%

La responsabilidad de la Institución sobre este beneficio, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada indicada en la carátula de Póliza o Certificado Individual o Consentimiento Certificado, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más Accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

Las escalas de esta cobertura son excluyentes entre sí y son excluyentes con las escalas respectivas de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas.

9. PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR UN ACCIDENTE COLECTIVO (P.O.A.C.)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución pagará al Asegurado Titular una Indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes según la escala abajo descrita de Pérdidas Orgánicas y la Suma Asegurada establecidos en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual, si como consecuencia de un Accidente Colectivo sufrido por el Asegurado Titular y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el Accidente Colectivo ocurra dentro de la vigencia del documento indicado y las lesiones produjeran cualquiera de las Pérdidas Orgánicas especificadas en las Tablas de Indemnización de la "Escala A" o "Escala B" indicadas en este apartado.

	Escala A	Escala B
Pérdida Ocurred	% Suma Asegurada	% Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%

La vista de un ojo	30%	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
Sordera completa de los oídos	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	-	20%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	-	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%

La responsabilidad de la Institución sobre esta cobertura, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual, aun cuando el Asegurado Titular sufriera, en uno o más Accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

Las Escalas de esta cobertura son excluyentes entre sí.

10. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAIT)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada indicada en su Consentimiento Certificado o Certificado Individual, si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparado, sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del presente seguro y una vez superado el Periodo de Espera contratado. **La Suma Asegurada contratada para este beneficio se pagará en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este beneficio.**

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

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la Enfermedad o Accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Los beneficios adicionales de Invalidez Total y Permanente e Invalidez Total y Permanente por Accidente son excluyentes entre sí.

10.1. Periodo de Espera

Esta cobertura cuenta con un Periodo de Espera según se indique en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado que puede ser de 6 meses (SAIT6), 3 meses (SAIT3) o 0 meses (SAIT) meses, el cual aplica a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, **durante el Periodo de**

Espera indicado en los formatos antes mencionados el Asegurado no contará con la protección de esta cobertura.

10.2. Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa inmediata de Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo, **en estos casos no opera el Periodo de Espera a que se refieren las opciones de contratación de Invalidez Total y Permanente indicadas en el numeral 10.1 de la presente cobertura.**

10.3. Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

10.4. Base para considerar que un dictamen tiene plena validez

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Institución, además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el Dictamen de invalidez expedido y/o avalado por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado Titular o del cual sea derechohabiente.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, el Dictamen Médico que declare el estado de Invalidez Total y Permanente deberá estar suscrito por una Institución Autorizada para tal efecto, pudiendo ser el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o cualquier otra institución de seguridad social en el cual el Asegurado se encuentre afiliado.

Para los seguros de Vida Grupo cuyo objeto no sea prestación laboral y que el Asegurado no este afiliado a ninguna institución de seguridad social, será necesario entregar un dictamen expedido por un Médico con cédula profesional, certificado y especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que podrán ser evaluados por otro Médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que la Institución indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

El dictamen deberá incluir, al menos, la siguiente información:

- Fecha de inicio del padecimiento o del accidente (según corresponda) incluyendo la descripción clínica correspondiente o si es a consecuencia de un riesgo de trabajo, así como la fecha de su calificación; el historial clínico del mismo (fecha de inicio de la Enfermedad o accidente, con fecha de Diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual).
- Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el Diagnóstico;
- Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;

- Señalar las secuelas irreversible incapacitantes valuadas en su caso conforme a lo señalado en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este beneficio y del Consentimiento Certificado o Certificado Individual del Asegurado Titular y de la Póliza de la cual forma parte.

11. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (SAITA)

Mediante la contratación de esta cobertura la Institución pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada indicada en su Consentimiento Certificado o Certificado Individual, si como consecuencia de un Accidente amparado, sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del presente seguro y una vez superado el Periodo de Espera contratado. **La Suma Asegurada contratada para este beneficio se pagará en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este beneficio.**

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

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que el Accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Los beneficios adicionales de Invalidez Total y Permanente e Invalidez Total y Permanente por Accidente son excluyentes entre sí.

11.1. Periodo de Espera

Esta cobertura cuenta con un Periodo de Espera según de indique en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual que puede ser de 6 meses (SAITA6), 3 meses (SAITA3) o 0 meses (SAITA) meses, el cual aplica a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, **durante el Periodo de Espera indicado en los formatos antes mencionados el Asegurado no contará con la protección de esta cobertura.**

11.2. Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente por Accidente

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa inmediata de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo, **en estos casos no opera el Periodo de Espera a que se refieren las opciones de contratación de Invalidez Total y Permanente indicadas en el numeral 11.1 de la presente cobertura.**

11.3. Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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

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

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

11.4. Base para considerar que un dictamen tiene plena validez

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Institución, además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el Dictamen de invalidez expedido y/o avalado por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado Titular o del cual sea derechohabiente.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, el Dictamen Médico que declare el estado de Invalidez Total y Permanente deberá estar suscrito por una Institución Autorizada para tal efecto, pudiendo ser el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o cualquier otra institución de seguridad social en el cual el Asegurado se encuentre afiliado.

Para los seguros de Vida Grupo cuyo objeto no sea prestación laboral y que el Asegurado no este afiliado a ninguna institución de seguridad social, será necesario entregar un dictamen expedido por un Médico con cédula profesional, certificado y especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que podrán ser evaluados por otro Médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que la Institución indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

El dictamen deberá incluir, al menos, la siguiente información:

- Fecha del Accidente incluyendo la descripción clínica correspondiente o si es a consecuencia de un riesgo de trabajo, así como la fecha de su calificación; el historial clínico del mismo (fecha de inicio del Accidente, fecha de Diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual).
- Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el Diagnóstico;
- Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
- Señalar las secuelas irreversible incapacitantes valuadas en su caso conforme a lo señalado en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este beneficio y del Consentimiento Certificado o Certificado Individual del Asegurado Titular y de la Póliza de la cual forma parte.

12. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITS)

Mediante la contratación de esta cobertura y si se encuentre indicada como contratada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual vigente, la Institución otorgará al Asegurado Titular si como consecuencia de una Invalidez Total y Permanente ocurrida dentro de la vigencia de la póliza, un seguro ordinario de vida individual sin beneficios adicionales y con una Suma Asegurada igual a la contratada para esta cobertura (la cual permanecerá constante hasta que ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular y se pagará a sus Beneficiarios designados) sin que éste tenga que pagar Primas a la Institución por dicho seguro ordinario de vida y sin necesidad de requisitos de asegurabilidad, por lo tanto, el Certificado Individual o Consentimiento Certificado quedará cancelado.

Para efectos de esta cobertura, se considerará “invalidez Total y Permanente” cuando el Asegurado Titular como consecuencia de una Enfermedad o Accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la Enfermedad o Accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

12.1. Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa inmediata de Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista en un ojo o un pie y la vista en un ojo.

12.2. Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

12.3. Base para considerar que un dictamen tiene plena validez

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Institución, además de lo establecido en la cláusula de comprobación del estado de invalidez, el Dictamen de invalidez expedido y/o avalado por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado Titular o del cual sea derechohabiente.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, el Dictamen Médico que declare el estado de Invalidez Total y Permanente deberá estar suscrito por una Institución Autorizada para tal efecto, pudiendo ser el

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o cualquier otra institución de seguridad social en el cual el Asegurado se encuentre afiliado.

Para los seguros de Vida Grupo cuyo objeto no sea prestación laboral y que el Asegurado no este afiliado a ninguna institución de seguridad social, será necesario entregar un dictamen expedido por un Médico con cédula profesional, certificado y especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que podrán ser evaluados por otro Médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que la Institución indique en el momento que el Asegurado le haga la reclamación de invalidez.

El dictamen deberá incluir, al menos, la siguiente información:

- Fecha de inicio del padecimiento o del Accidente (según corresponda) incluyendo la descripción clínica correspondiente o si es a consecuencia de un riesgo de trabajo, así como la fecha de su calificación; el historial clínico del mismo (fecha de inicio de la Enfermedad o Accidente, con fecha de Diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual).
- Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el Diagnóstico;
- Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
- Señalar las secuelas irreversible incapacitantes valuadas en su caso conforme a lo señalado en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente.

Para esta cobertura aplican las exclusiones del apartado IV. EXCLUSIONES, numeral 2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Al hacerse efectiva la presente cobertura quedarán extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes del presente Contrato de Seguro.

13. HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

Mediante la contratación de esta cobertura y si se encuentre indicada como contratada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual vigente, si como consecuencia directa de un Accidente o Enfermedad ocurrido dentro de la vigencia del mismo, el Asegurado se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico prescrito por un Médico, la Institución pagará la renta diaria indicada en el Consentimiento Certificado o Certificado Individual vigente, durante el periodo que se encuentre hospitalizado el Asegurado a partir de que se cumplan los Periodos de Espera. Este beneficio cubrirá como máximo 30 rentas diarias por la vigencia total de la Póliza, independientemente de la causa que origine la hospitalización, por lo que la responsabilidad de la Institución en ningún caso excederá de las Suma Asegurada contratada por vigencia de la Póliza.

13.1. Periodo Mínimo

- En caso de Hospitalización por Accidente aplica un periodo de 24 horas a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.
- En caso de Hospitalización por Enfermedad aplica un periodo de 3 días a partir de la fecha de contratación de esa cobertura.

13.2. Periodo de Espera

- No aplica en caso de Hospitalización por Accidente.
- En caso de Hospitalización por Enfermedad aplica un periodo de 60 días naturales a partir de la fecha de contratación de dicha cobertura.

13.3. Exclusiones

No se cubrirán los gastos e Indemnizaciones cuando la causa que dé origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- I. Eventos ocurridos fuera de la Vigencia de la Póliza, Consentimiento Certificado o Certificado Individual.**
- II. Hospitalizaciones relacionadas con:**
 - a. Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
 - b. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - c. Enfermedades, lesiones y/o tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, así como sus complicaciones y secuelas.**
 - d. Actos delictivos intencionales, en que participe activamente el Asegurado y en los que exista evidencia fehaciente de dicha participación.**
 - e. Riña cuando el Asegurado sea el provocador o participe en alborotos populares.**
 - f. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - g. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo, así como sus consecuencias, excepto si se demuestra que fue accidental.**
 - h. Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.**
 - i. Accidentes cardiovasculares o infartos.**
 - j. Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 - k. Conducción o pasajero de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.**
 - l. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - m. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la Vigencia de la Póliza.**
 - n. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- III. Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.**
- IV. Tratamientos con fines preventivos.**
- V. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**
- VI. Hospitalización ocurrida dentro del Periodo de Espera.**
- VII. Hospitalización cuya duración sea igual o menor al periodo de Espera.**
- VIII. Todo Cáncer cuyo estudio Diagnóstico o tratamiento por leucemia, Enfermedad de Hodking, patología mamaria, patología uterina o de ovarios, tumores de cualquier tipo, Cáncer o cualquier Enfermedad relacionada al Cáncer, se haya**

iniciado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza o durante el Período de Espera.

14. MATRIMONIO

Mediante la contratación de esta cobertura, y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, la Institución se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de que contraiga Matrimonio dentro de la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

14.1. Periodo de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación el cual se encuentra especificado en la caratula de Póliza y Certificado Individual o Consentimiento Certificado. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del Seguro.

14.2. Exclusiones

- 1. Eventos ocurridos fuera de la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Matrimonios tramitados, declarados o celebrados fuera de territorio nacional.**

15. DIVORCIO

Mediante la contratación de este Beneficio, y una vez transcurrido el Periodo de Espera, la Institución se obliga a pagar al Asegurado por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Divorcio del Asegurado que ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

15.1. Periodo de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación el cual se encuentra especificado en la caratula de Póliza y Certificado Individual o Consentimiento Certificado. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del Seguro.

15.2. Exclusiones

- 1. Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual, o Consentimiento Certificado o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
- 2. Divorcios tramitados o declarados fuera de territorio nacional.**

16. TITULACIÓN PROFESIONAL O POSTGRADO

Mediante la contratación de este Beneficio, y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Institución se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Titulación del Asegurado Titular y ocurra dentro de la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

16.1. Periodo de espera

Esta Cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación el cual se encuentra especificado en la caratula de Póliza y Certificado Individual o Consentimiento Certificado. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del Seguro.

16.2. Exclusiones

1. **Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
2. **Haber concluido diplomados, especialidades o cualquier otro grado académico diferente de licenciatura, maestría o doctorado.**
3. **Títulos sin reconocimiento de validez oficial por autoridad competente, o emitidos por una institución educativa que no se encuentre legalmente constituida o autorizada para tales efectos dentro de territorio nacional.**
4. **Títulos o grados académicos emitidos u otorgados por instituciones educativas que se encuentren fuera de territorio nacional, sin importar si cumplen o no con los requisitos y autorizaciones necesarias para la emisión u otorgamiento de grados académicos en su país de residencia.**

17. NACIMIENTO O ADOPCIÓN DE UN HIJO

Mediante la contratación de este Beneficio, y una vez transcurrido el Periodo de Espera estipulado, la Institución se obliga a pagar al Asegurado Titular por una sola ocasión, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio, en caso de Nacimiento o Adopción de un Hijo del Asegurado Titular dentro del territorio nacional y durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Este Beneficio estará limitado a un solo evento por vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

17.1. Periodo de espera

Esta cobertura tiene un Periodo de Espera de 0, 3 o 6 meses contados a partir de la fecha de su contratación el cual se encuentra especificado en la caratula de Póliza y Certificado Individual o Consentimiento Certificado. El Periodo de Espera será elegido por el Contratante al momento de la celebración del Contrato del Seguro.

17.2. Exclusiones

1. **Eventos ocurridos fuera de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado o dentro del Periodo de Espera estipulado.**
2. **Nacimientos múltiples o Adopciones de más de un hijo, solo se pagará un evento por vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
3. **Nacimientos o Adopciones ocurridas fuera de territorio nacional.**

IV. EXCLUSIONES**1. EXCLUSIONES APLICABLES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE MUERTE ACCIDENTAL**

Las presentes exclusiones aplican para las siguientes coberturas: i. Muerte Accidental, ii. Muerte Accidental Colectivo, iii. Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas:

1. Lesiones o Enfermedades causadas intencionalmente por el propio Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental o cualquiera que sea la causa.
2. Hechos o actos del Asegurado si este padece de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis, psicosis, o de cualquier clase que fuesen las manifestaciones clínicas.
3. Tratamiento médico o quirúrgico, excepto en el caso de que éste sea necesario a consecuencia de un Accidente.
4. Lesiones o Enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones o en actividades de seguridad y vigilancia con o sin porte de arma.
5. Accidentes ocurridos o lesiones recibidas que sufra el Asegurado por su participación en riñas, siempre que él haya sido el provocador o en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
6. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa o indirecta del Asegurado en actos delictivos.
7. Lesiones o Enfermedades que sufra el Asegurado por negligencia o culpa grave de éste, cuando dicha conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
8. Accidentes que sufra el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, o sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
9. Accidentes sufridos por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, se entenderá que el Asegurado se encuentra bajo los efectos de bebidas embriagantes cuando el nivel de alcohol en sangre del Asegurado sea igual o superior a 0.6 gramos por litro, o con la prueba de aire espirado sea igual o superior a 0.3 miligramos por litro, y a falta de éstas, será necesaria una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica, siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave, ya sea aérea o marítima, en vuelos especiales, fletados, taxi aéreo o cualquier tipo de vuelo o embarcación no regular, excepto cuando viajare como pasajero en instituciones comerciales debidamente autorizadas para el servicio de transporte aéreo o marítimo de pasajeros, en viaje de itinerario regular y ruta fijos entre aeropuertos o puertos establecidos.
11. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe como Piloto o Pasajero durante la celebración de carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en cualquier tipo de vehículo.
12. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.
13. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades que ponen en riesgo la integridad de su persona como: de alpinismo,

paracaidismo, buceo, artes marciales, montañismo, cacería, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier tipo de lucha, tauromaquia, boxeo, hockey, rugby, esquí, espeleología, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo delta, vuelo en aviones ultraligeros o cualquier tipo de deporte aéreo u otras actividades deportivas y en general la práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando el Asegurado percibe un ingreso por dicha práctica; excepto que el Accidente ocurra con motivo de la práctica vacacional de éstas, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado. La práctica vacacional de actividades o deportes deberá ocurrir en un destino vacacional, fuera del lugar de residencia del Asegurado.

14. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
15. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
16. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.
17. Envenenamiento, excepto accidental.
18. Radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.
19. Accidentes que ocurran fuera de la vigencia de la Póliza o si el alta del Asegurado ocurrió posterior a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza se considerará la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento Certificado o Certificado Individual.

2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Las presentes exclusiones aplican para las siguientes coberturas: i. Invalidez Total y Permanente, ii. Invalidez Total y Permanente por Accidente y iii. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente:

1. Lesiones o Enfermedades causadas intencionalmente por el propio Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, cualquiera que sea la causa.
2. Hechos o actos del Asegurado si este padece trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis, psicosis, o de cualquier clase que fuesen las manifestaciones clínicas.
3. Accidentes ocurridos o lesiones que sufra el Asegurado por su participación en riñas, siempre que él haya sido el provocador o participe en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
4. Lesiones o Enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones o en actividades de seguridad y vigilancia, con o sin porte de arma.
5. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave, ya sea aérea o marítima, en vuelos especiales, fletados, taxi aéreo o cualquier tipo de vuelo o embarcación no regular, excepto cuando viajare como pasajero en instituciones comerciales debidamente autorizadas para el servicio

de transporte aéreo o marítimo de pasajeros, en viaje de itinerario regular y ruta fijos entre aeropuertos o puertos establecidos.

6. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe como Piloto o Pasajero durante la celebración de carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier tipo de vehículo.
7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.
8. Accidentes o Lesiones que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades que ponen en riesgo la integridad de su persona como: de alpinismo, paracaidismo, buceo, artes marciales, montañismo, cacería, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier tipo de lucha, tauromaquia, boxeo, hockey, rugby, esquí, espeleología, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo delta, vuelo en aviones ultraligeros o cualquier tipo de deporte aéreo u otras actividades deportivas y en general la práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando el Asegurado percibe un ingreso por dicha práctica; excepto que el Accidente ocurra con motivo de la práctica vacacional de éstas, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado. La práctica vacacional de actividades o deportes deberá ocurrir en un destino vacacional, fuera del lugar de residencia del Asegurado.
9. Lesiones o Enfermedades Preexistentes, entendiéndose como tales, aquellas cuya existencia, síntomas o signos se hubieren manifestado previamente a la celebración del Contrato o la contratación de la cobertura y que por su naturaleza no pueden pasar inadvertidos a los sentidos 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.
10. Lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 mg/l siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
11. Lesiones que ocurran mientras el Asegurado se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, o sustancias tóxicas, excepto cuando fueron prescritas por un Médico; que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
12. Lesiones o Enfermedades que sufra el Asegurado por negligencia o culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
13. Radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.

V. SERVICIO DE ASISTENCIA INCLUIDO

Sólo si están expresamente señaladas en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, la Institución se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia a través del Proveedor, los cuales 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. SERVICIOS ASISTENCIA ESENCIAL AFIRME

Mediante este servicio de asistencia, el Proveedor prestará los siguientes servicios:

1.1. Orientación Médica Telefónica

El Usuario podrá solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo Médico del Proveedor, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un Diagnóstico o tratamiento médico definitivo. A solicitud del Usuario, el Proveedor proporcionará la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el vademécum.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia se brindará:

- Sin límite de eventos durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.
- Únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva.**
- c. Cuando el Usuario haga uso de palabras altisonantes cabe mencionar que el equipo Médico del Proveedor no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos médicos.**

1.2. Asistencia Psicológica

El equipo médico del Proveedor proporcionará orientación con uno de sus psicólogos, por medio de Videoconferencia o telefónica. Realizando atención personalizada, interrogatorio y visualización básica del paciente, sin proporcionar diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, la sesión tendrá una duración máxima de 20 minutos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia se brindará:

- Sin límite de eventos durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.
- Únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no cuente con acceso a internet o no desee conectarse en video.**
- b. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- c. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**
- d. El equipo Médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos**

1.3. Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del Usuario por Accidente o Enfermedad, el Proveedor coordinará a través de su red de proveedores los siguientes servicios:

- Recolección del cuerpo
- Arreglo estético del cuerpo
- Ataúd metálico tamaño estándar
- Sala básica de velación estándar por 24 horas (el servicio también puede otorgarse a domicilio sin costo adicional)
- Gestión de trámites
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología, en el área metropolitana de Monterrey Nuevo, León es de manera presencial, para el interior de la República Mexicana la consulta estará sujeta a disponibilidad.
- Asistencia legal telefónica
- Asistencia legal post fallecimiento
- Facilidades para celebrar servicios religiosos y,
- Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en territorio nacional.
- Opciones del Servicio Funerario
- Cremación: servicio de cremación, urna básica, ataúd para velación;
- Inhumación: embalsamado, traslado en carroza, pago de derechos para la inhumación en cementerios, panteones civiles y municipales.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, hasta por un monto máximo de \$20,000.00 en Moneda Nacional con IVA incluido.
- Aplica únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. El servicio de autobús está sujeto a disponibilidad (no aplica rescate ni reembolso).**
- b. No cubre embalsamamientos salvo que sea requerido por ley.**
- c. También quedan excluidas las situaciones que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - 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.
 - Autolesiones o participación del Usuario en actos delictivos intencionales.
 - La participación del Usuario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta).
 - Suicidio, Accidente, homicidio, Enfermedad, muerte natural.
- d. Servicio sujeto a los términos y condiciones de los proveedores al igual que la disponibilidad, excedentes y/o servicios adicionales deberán ser cubierto por los familiares.**
- e. Cuando el Titular y/o Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna**

- que nos permita prestar debidamente el servicio.
- f. No se cubren traslados fuera de la localidad.
- g. No incluye nichos ni fosa no aplica rescate ni reembolso.

VI. SERVICIOS DE ASISTENCIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL (CON COSTO)

Mediante la contratación de alguno de estos Servicios de Asistencia y sólo si están expresamente señaladas en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, la Institución se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia a través del Proveedor, los cuales 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. SERVICIOS ASISTENCIA SEGURIDAD AFIRME

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará los siguientes servicios:

1.1 Pruebas de Laboratorio Básica

Si a consecuencia de alguna de las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas, el Usuario requiera la asistencia inmediata para disminuir o aminorar las consecuencias de la ocurrencia de su Enfermedad, el Usuario podrá solicitar los estudios de laboratorio descritos, sin costo adicional en la red de laboratorios del Prestador:

- Química Sanguínea de 27 elementos
- EGO (examen general de orina)
- Ecocardiograma
- 1 ECG en reposo (electrocardiograma)
- Mastografía
- Papanicolau
- Prueba de esfuerzo
- BH (biometría Hemática)
- PH (Potencial de Hidrógeno)
- Así como una consulta con especialista.

El Usuario deberá contar con una orden expedida por un Médico general o de urgencias que le solicite uno de los estudios antes señalados.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado,
- Aplica únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.

1.2 Telemedicina

El equipo Médico del Proveedor brindará orientación al Usuario que lo requiera las 24 horas del día los 7 días de la semana, mediante un Médico general a través de videollamada. El Médico brindará la atención de forma personalizada, iniciando el interrogatorio correspondiente y visualización básica del paciente, sin proporcionar Diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, exclusivamente se brindarán recomendaciones generales o sintomáticos básicos. La sesión tendrá una duración máxima de 20 minutos.

El equipo Médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Esta limitado a 1 evento al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Aplica únicamente para el Asegurado Titular.**
- **El Usuario debe contar con acceso a internet y desear conectarse en videollamada para hacer posible la prestación del servicio.**

Exclusiones:

- a. **Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. **Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

2. SERVICIOS ASISTENCIA PREMIUM AFIRME

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará los servicios, que incluyen todo lo especificado en el Paquete Seguridad Afirme (PSA) más los siguientes servicios:

2.1. Pruebas de Laboratorio Amplia

Si a consecuencia de una las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas, el Usuario requiera la asistencia inmediata para disminuir o aminorar las consecuencias de la ocurrencia de su Enfermedad, el Usuario podrá solicitar los estudios de laboratorio descritos, sin costo adicional en la red de laboratorios del Prestador:

- Química Sanguínea de 45 elementos
- EGO (examen general de orina)
- Ecocardiograma
- 1 ECG en reposo (electrocardiograma)
- Mastografía
- Papanicolau
- Prueba de esfuerzo
- BH (biometría Hemática)
- PH (Potencial de Hidrógeno)
- Así como una consulta con especialista.

El Usuario deberá contar con una orden expedida por un Médico general o de urgencias que le solicite los estudios pertinentes.

El servicio será gestionado en las principales ciudades de la República Mexicana y en donde la infraestructura médica del Proveedor lo permita.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado,**
- **Aplica únicamente para el Asegurado Titular.**

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

2.2. Telemedicina con Especialistas

El equipo Médico del Proveedor brindará orientación al usuario que lo requiera las 24 horas del día los 7 días de la semana, mediante un Médico especialista a través de videollamada. El Médico brindará la atención de forma personalizada, iniciando el interrogatorio correspondiente y visualización básica del paciente, sin proporcionar Diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, exclusivamente se brindarán recomendaciones generales o sintomáticos básicos. La sesión tendrá una duración máxima de 20 minutos.

El equipo Médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Esta limitado a 1 evento al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Aplica únicamente para el Asegurado Titular.**
- **El Usuario debe contar con acceso a internet y desear conectarse en videollamada para hacer posible la prestación del servicio**

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

2.3. Asistencia Psicológica Amplia

El equipo Médico del Proveedor proporcionará asistencia y brindará orientación al Usuario que lo requiera en un horario de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes, mediante uno de sus psicólogos a través de videollamada proporcionando asesoría y orientación de problemáticas comunes como:

- Depresión.
- Adicciones.

- Divorcios.
- Violencia.
- Problemas escolares.

Se brindará la atención de forma personalizada, iniciando el interrogatorio correspondiente y visualización básica del paciente, sin proporcionar Diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, la sesión tendrá una duración máxima de 40 minutos.

El equipo Médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Está limitado a 1 evento al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Aplica únicamente para el Asegurado Titular.**
- **El Usuario debe contar con acceso a internet y desear conectarse en videollamada para hacer posible la prestación del servicio**

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

2.4. Segunda Opinión Médica y/o Concentración de citas médicas

El Usuario tiene acceso a servicios de segunda opinión cuyo objetivo es poner en contacto la información al paciente con reconocidos especialistas a nivel nacional o internacional para obtener una segunda opinión médica.

Este servicio se realiza a través de nuestro servicio de telemedicina utilizando el método: Store & forward.

Información médica enviada a especialistas a través de nuestro equipo, la integración del expediente clínico dependerá del tipo de padecimiento a estudiar. Este servicio no es un servicio de emergencia y solo es para pacientes que ya cuentan con un Diagnóstico.

El tiempo de respuesta es de 15 días aproximadamente a partir de que se integra el expediente completo incluyendo muestras de laboratorio e información general y particular del padecimiento.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Esta limitado a 1 evento al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.
- Aplica únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información médica solicitada del Médico tratante, estudios de laboratorio, así como de gabinete en original y toda**

información pertinente según sea el caso.**2.5. Repatriación**

Si el Usuario falleciera estando de viaje, se realizarán todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de la coordinación y de los gastos inherentes a la repatriación de sus restos mortuorios al sitio de inhumación o cremación indicado por el Beneficiario, incluyendo los gastos inherentes al traslado desde el aeropuerto hasta el lugar de residencia del Usuario.

Si el Beneficiario decide que los restos mortuorios del Usuario sean inhumados o cremados en el lugar donde se haya producido el deceso, el Proveedor se hará cargo de la coordinación y de los gastos que resulten de dicha inhumación o cremación, el límite máximo de responsabilidad a cargo será el equivalente al costo que tendría la repatriación.

- Recolección del cuerpo
- Trámites legales
- Embalsamado y arreglo estético del cuerpo
- Fénix hermético
- Transporte aéreo desde ciudad de origen-ciudad destino
- Trámites legales de aduana.

No se incluye cripta ni fosa y corresponderá a un servicio básico. No aplica reembolso.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, hasta por un monto máximo de \$20,000.00 en Moneda Nacional con IVA incluido.
- Aplica únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- El Proveedor decidirá cuándo es el momento más apropiado para la repatriación por lo que determinará las fechas y los medios más adecuados. Será indispensable que los familiares del Usuario se pongan en contacto con el Proveedor una vez que ocurra el deceso para recibir la orientación correspondiente. A falta de dichas notificaciones, el Proveedor considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos incurridos.**
- No aplica rescate ni reembolso.**
- No dan derecho a los servicios: las situaciones de emergencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Usuario en contra de prescripción médica o durante viajes en el extranjero superiores a 60 días naturales.**
- La participación del Usuario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta).**
- Situaciones que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, sismos, pandemias, epidemias, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Autolesiones.**

- g. Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente el servicio.**
- h. Servicio sujeto a las legislaciones locales**

3. SERVICIOS REPATRIACIÓN

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará el servicio si el Usuario falleciera estando de viaje, se realizarán todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de la coordinación y de los gastos inherentes a la repatriación de sus restos mortuorios al sitio de inhumación o cremación indicado por el Beneficiario, incluyendo los gastos inherentes al traslado desde el aeropuerto hasta el lugar de residencia del Usuario.

Si el Beneficiario decide que los restos mortuorios del Usuario sean inhumados o cremados en el lugar donde se haya producido el deceso, el Proveedor se hará cargo de la coordinación y de los gastos que resulten de dicha inhumación o cremación, el límite máximo de responsabilidad a cargo será el equivalente al costo que tendría la repatriación.

- Recolección del cuerpo
- Trámites legales
- Embalsamado y arreglo estético del cuerpo
- Féretro hermético
- Transporte aéreo desde ciudad de origen-ciudad destino
- Trámites legales de aduana

No se incluye cripta ni fosa y corresponderá a un servicio básico. No aplica reembolso.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, hasta por un monto máximo de \$20,000.00 en Moneda Nacional con IVA incluido.
- Aplica únicamente para el Asegurado Titular.

Exclusiones:

- a. El Proveedor decidirá cuándo es el momento más apropiado para la repatriación por lo que determinará las fechas y los medios más adecuados. Será indispensable que los familiares del Usuario se pongan en contacto con el Proveedor una vez que ocurra el deceso para recibir la orientación correspondiente. A falta de dichas notificaciones, el Proveedor considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos incurridos.**
- b. No aplica rescate ni reembolso.**
- c. No dan derecho a los servicios: las situaciones de emergencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Usuario en contra de prescripción médica o durante viajes en el extranjero superiores a 60 días naturales.**
- d. La participación del Usuario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta).**
- e. Situaciones que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, sismos, pandemias, epidemias, radioactividad o cualquier otra causa de

fuerza mayor.

- f. Autolesiones.**
- g. Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que nos permita prestar debidamente el servicio.**
- h. Servicio sujeto a las legislaciones locales**

4. SERVICIOS ASISTENCIA MÉDICA MUJER

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará el servicio de:

4.1. Consulta Médico Especialista:

Si a consecuencia de alguna de las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas y requiera la asistencia de un Médico especialista para disminuir o aminorar las consecuencias de la ocurrencia de dicha Enfermedad, la Usaria podrá solicitar una consulta en consultorio médico especialista de hasta \$1,200.00 M.N..

La Usaria debe contar con un Diagnóstico de la Enfermedad o una orden expedida por un Médico general o de urgencias que la derive con un Médico especialista.

Con un límite máximo de 2 eventos al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

4.2. Pruebas laboratorio

Si a consecuencia de un Diagnóstico de una las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas y bajo orden de un Médico general, ésta requiera se le practiquen cualquiera de las siguientes pruebas:

- Examen general de orina, o
- Análisis de sangre factor RH, o
- Radiografía de tórax, o
- Prueba de Papanicolau, o
- Mastografía

La Usaria tendrá acceso a dichos análisis clínicos o pruebas de laboratorio en la red de laboratorios del Prestador.

Con límite de un evento al año, sin costo para la Usaria durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Aplica únicamente para la Asegurada Mujer Titular.

Exclusiones:

- a. Cuando la Usaria no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. Cuando el Médico del Proveedor determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atender en consultorio.**

5. SERVICIOS ASISTENCIA MÉDICA HOMBRE

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará el servicio de:

5.1. Consulta Médico Especialista:

Si a consecuencia de alguna de las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas y el Usuario requiere la asistencia de un Médico especialista para disminuir o aminorar las consecuencias de la ocurrencia de dicha Enfermedad, el Usuario podrá solicitar una consulta en consultorio médico especialista de hasta \$1,200.00 M.N..

El Usuario debe contar con un Diagnóstico de la Enfermedad o una orden expedida por un Médico general o de urgencias que la derive con un Médico especialista.

Con un límite máximo de 2 eventos al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

5.2. Pruebas laboratorio

Si a consecuencia de las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas y el Usuario y bajo orden de un Médico general, ésta requiera se le practiquen cualquiera de las siguientes pruebas:

- Examen general de orina, o
- Radiografía de tórax, o
- Análisis de sangre del antígeno prostático específico (PSA), o
- Colonoscopia

El Usuario tendrá acceso a dichos análisis clínicos o pruebas de laboratorio en la red de laboratorios del Prestador.

Con límite de un evento al año, sin costo para el Usuario durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- Aplica únicamente para el Asegurado Hombre Titular.

Exclusiones:

- Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- Cuando el Médico del Proveedor determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato para atender en consultorio.**

6. SERVICIOS ASISTENCIA MÉDICA TITULAR Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará los siguientes servicios:

6.1 Orientación Médica Telefónica por cualquier causa

El Usuario podrá solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico del Proveedor, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo.

A solicitud del Usuario, el Proveedor proporcionará la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el vademécum. Lo anterior aplica para:

- Orientación Telefónica Primeros Auxilios
- Orientación Médica Telefónica Relacionada al COVID-19
- Medicamentos y Efectos Secundarios
- Prevención de la Automedicación Telefónica
- Orientación Telefónica en la Planificación Familiar,
- Educación Sexual
- Orientación Telefónica Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia
- Orientación Telefónica Durante el Embarazo.

El equipo médico del Proveedor no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos médicos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia se brindará:

- Sin límite de eventos durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.
- Para el Asegurado Titular y Dependientes Económicos que estén expresamente señalados en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.
- b. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva.
- c. Cuando el Usuario haga uso de palabras altisonantes.

6.2 Asistencia Psicológica

El equipo médico del Proveedor proporcionará orientación con uno de sus psicólogos, por medio de Videoconferencia o telefónica. Realizando atención personalizada, interrogatorio y visualización básica del paciente, sin proporcionar diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, la sesión tendrá una duración máxima de 20 minutos.

Este servicio de asistencia se brindará:

- Sin límite de eventos durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.
- Para el Asegurado Titular y Dependientes Económicos que estén expresamente señalados en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no cuente con acceso a internet o no desee conectarse en video.

- b. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- c. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**
- d. El equipo médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos.**

6.3 Médico a domicilio

Cuando el Usuario no pueda trasladarse a consulta médica y sólo en caso de emergencia médica, se procederá a la concertación y envío de un médico general al domicilio del Usuario. Sujeto a disponibilidad de la red médica del Proveedor en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana. En los demás lugares, el Proveedor hará lo posible por ayudar al Usuario a contactar telefónicamente con un médico u hospital con la mayor celeridad.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia se brindará:

- **Está limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Para el Asegurado Titular y Dependientes Económicos que estén expresamente señalados en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado o bien incurra en falsedad de información.**
- b. Cuando el Usuario no se acredite como tal.**
- c. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y se encuentre en estado agresivo o no permita su atención.**
- d. Cuando el Usuario haga uso de palabras altisonantes.**
- e. Cuando el médico del Proveedor determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y ya no es candidato para ser atenderse en domicilio.**
- f. La consulta no incluye la aplicación de medicamentos, o cualquier otro tipo de procedimientos como (colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones, curaciones, etc).**
- g. No incluye envío de médicos especialistas a domicilio.**

6.4 Pruebas de Laboratorio

Si a consecuencia de alguna de las coberturas establecidas en las presente condiciones que se encuentren contratadas, el Usuario requiera la asistencia inmediata para disminuir o aminorar las consecuencias de la ocurrencia de su Enfermedad, el Usuario podrá solicitar los estudios de laboratorio descritos, sin costo adicional en la red de laboratorios del Prestador:

- Química Sanguínea de 27 elementos
- EGO (examen general de orina)
- Ecocardiograma

- 1 ECG en reposo (electrocardiograma)
- Mastografía
- Papanicolau
- Prueba de esfuerzo
- BH (biometría Hemática)
- PH (Potencial de Hidrógeno)
- Así como una consulta con especialista.

El Usuario deberá contar con una orden expedida por un médico general o de urgencias que le solicite uno de los estudios antes señalados.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Esta limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado,**
- **Aplica únicamente para el Asegurado Titular.**

Exclusiones:

- a. Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

6.5 Ambulancia Terrestre

Si el Usuario sufre un Accidente o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del Proveedor recomiende su hospitalización, el Proveedor organizará y cubrirá el costo del traslado del Usuario al centro hospitalario más cercano o apropiado, en las principales ciudades de la República Mexicana y donde la infraestructura médica lo permita, en ambulancia terrestre. La recepción hospitalaria quedará a responsabilidad del Usuario.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Está limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Aplica para el Asegurado Titular y Dependientes Económicos, que estén expresamente señalados en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**

Exclusiones:

- a. No incluye ambulancia por COVID.**
- b. 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.**
- c. Autolesiones, suicidio o participación del Usuario en actos delictivos intencionales.**
- d. Enfermedades mentales.**
- e. Traslados programados ni segundos servicios.**

6.6 Telemedicina

El equipo médico del Proveedor brindará orientación al usuario que lo requiera las 24 horas del día los 7 días de la semana, mediante un médico general a través de videollamada. El médico brindará la atención de forma personalizada, iniciando el interrogatorio correspondiente y visualización básica del paciente, sin proporcionar diagnóstico definitivo o tratamiento farmacológico, exclusivamente se brindarán recomendaciones generales o sintomáticos básicos. La sesión tendrá una duración máxima de 20 minutos.

El equipo médico del Proveedor no emite diagnósticos definitivos, no da tratamientos y no cambia tratamientos.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Está limitado a 1 evento al año durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **Aplica para el Asegurado Titular y Dependientes Económicos que estén expresamente señalados en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.**
- **El usuario debe contar con acceso a internet y desear conectarse en videollamada.**

Exclusiones:

- a. **Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado.**
- b. **Cuando el Usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva, ofensiva o inapropiada.**

7. SERVICIOS ASISTENCIA FUNERARIA PARA DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Mediante la contratación de este servicio de asistencia y sólo si está expresamente señalada en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, el Proveedor prestará el servicio si el Asegurado Dependiente Económico falleciera por algún Accidente o Enfermedad.

El Proveedor coordinará a través de su red de proveedores los siguientes servicios:

- Recolección del cuerpo
- Arreglo estético del cuerpo
- Ataúd metálico tamaño estándar
- Sala básica de velación estándar por 24 horas (el servicio también puede otorgarse a domicilio sin costo adicional)
- Gestión de trámites
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología, en el área metropolitana de Monterrey Nuevo, León es de manera presencial, para el interior de la República Mexicana la consulta estará sujeta a disponibilidad.
- Asistencia legal telefónica
- Asistencia legal post fallecimiento
- Facilidades para celebrar servicios religiosos y,
- Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en territorio nacional.

- Opciones del Servicio Funerario
- Cremación: servicio de cremación, urna básica, ataúd para velación;
- Inhumación: embalsamado, traslado en carroza, pago de derechos para la inhumación en cementerios, panteones civiles y municipales.

Limitaciones:

Este servicio de asistencia:

- **Está limitado a 1 evento al año, durante la vigencia del Certificado Individual o Consentimiento Certificado, hasta por un monto máximo de \$20,000.00 en Moneda Nacional con IVA incluido.**
- **Aplica para sus Dependientes Económicos, y/o los Padres del Asegurado Titular, que hayan contratado la asistencia.**
- **El servicio de autobús está sujeto a disponibilidad (no aplica rescate ni reembolso).**
- **Servicio sujeto a los términos y condiciones de los proveedores al igual que la disponibilidad, excedentes y/o servicios adicionales deberán ser cubierto por los familiares.**

Exclusiones:

- No cubre embalsamamientos salvo que sea requerido por ley.**
- También quedan excluidas las situaciones que sean consecuencia directa de:**
 - **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.**
 - **Autolesiones o participación del Usuario en actos delictivos intencionales.**
 - **La participación del Usuario en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta).**
 - **Suicidio, Accidente, homicidio, Enfermedad, muerte natural.**
- Cuando el Titular y/o Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna que impida prestar debidamente el servicio.**
- No se cubren traslados fuera de la localidad.**
- No incluye nichos ni fosa no aplica rescate ni reembolso.**

Respecto a los servicios de asistencia antes mencionados, las edades de aceptación de renovaciones y cancelaciones serán las mismas establecidas para la cobertura básica.

VII. CLAÚSULAS OPERATIVAS

1. Registro de Asegurados

La Institución formará un Registro de Asegurados con los datos de los integrantes del Grupo Asegurado el cual contendrá al menos el nombre, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, así como la Suma Asegurada o la regla para determinarla, las fechas de inicio y fin de vigencia para cada integrante, operación y plan de seguro de que se trate, el número de Certificado Individual o Consentimiento Certificado, así como las coberturas amparadas.

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

2. Movimientos de Asegurados

El Contratante de la Póliza deberá enviar a la Institución según la periodicidad pactada entre las partes la siguiente información, en caso contrario la periodicidad aplicable será la mensual:

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

3. Ingresos al Grupo Asegurado

Los ingresos al Grupo Asegurado se registrarán de conformidad con lo dispuesto por el artículo 17 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 bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”

4. Bajas en el Grupo Asegurado

Se excluirán de la Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de Elegibilidad establecidos en la misma o a petición del Contratante.

Para las bajas del Grupo Asegurado será aplicable lo previsto en el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

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

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 o mediante transferencia bancaria a la cuenta del Contratante en la que se cobró la Prima.

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.

5. Derecho a Seguro Individual

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

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

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

6. Requisitos de Elegibilidad

Conjunto de requisitos objetivos, verificables y uniformes que deben cumplir las personas que integran el Grupo Asegurado para ser incorporadas y permanecer como Aseguradas. Dichos criterios se establecen en la cláusula correspondiente y deberán aplicarse de manera homogénea y no discrecional.

7. Certificados Individuales

La Institución expedirá y entregará los Certificados Individuales o Consentimientos Certificados al Contratante, quien a su vez deberá entregarlos a los Asegurados.

La Institución expedirá y entregará los Certificados Individuales al Contratante, quien tendrá la obligación de entregarlos a los Asegurados.

Dichos Certificados deberán contener los datos establecidos por el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: contendrán entre otros datos, los siguientes:

- a. Nombre del Contratante;
- b. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- c. Fecha de vigencia de la Póliza y del Consentimiento-Certificado;
- d. Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada Beneficio;
- e. Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación
- f. En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo con el seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
- g. En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo con el seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

El Asegurado podrá solicitar a la Institución el Consentimiento Certificado correspondiente.

8. Cálculo y Ajuste de la Prima

La Prima total del Grupo se determinará con base en la experiencia siniestral del Grupo, conforme a la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

La cuota promedio es la que resulte de dividir la Prima total entre la Suma Asegurada total.

9. Regla para la determinación de la Suma Asegurada

Para el cálculo de Suma Asegurada a través de una regla para la determinación de la Suma Asegurada, el Contratante deberá presentar las bases de cálculo y en caso de incrementos deberá presentar el registro actualizado de Asegurados con la base de cálculo actualizada durante la vigencia del Contrato le aplicará el incremento de Prima que corresponda, con apego a los factores de Prima establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, incremento que deberá ser pagado al vencimiento del periodo de pago de Prima o dentro del Periodo de Gracia. Para este efecto se deberán presentar el Consentimiento Individual actualizado de los Asegurados Titulares.

10. Aumento de Coberturas o Incremento de Sumas Aseguradas

En caso de aumento de coberturas o de Incrementos de Suma Asegurada durante la vigencia del Contrato se aplicará el incremento de Prima que corresponda, con apego a los factores de Prima establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, incremento que deberá ser pagado al vencimiento del periodo de pago de Prima o dentro del Periodo de Gracia. Para este efecto se deberán presentar el Consentimiento(s) Individual o Consentimiento Certificado actualizado de los Asegurados Titulares.

11. Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima

Los integrantes del Grupo Asegurado podrán o no contribuir en el pago de la Prima correspondiente, situación que se determinará en la solicitud del seguro.

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

12. Dividendos

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia de cada Grupo Asegurado.

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

El número de Integrantes del Grupo Asegurado no podrá ser inferior a 1,000 al inicio de la vigencia del Contrato.

Cuando se haya solicitado al contratar la Póliza y aparezca especificado en la carátula de esta, alguna de las siguientes opciones:

a) Contratación Con Dividendos

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

En este caso, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la Renovación de este Contrato.

b) Contratación Sin Dividendos

El Contratante o en su caso los miembros del Grupo Asegurado no participarán de la utilidad por concepto de siniestralidad favorable.

Pago de Dividendos

a) Cálculo

De acuerdo con el procedimiento descrito en el Endoso de Dividendo.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado, según al porcentaje de contribución indicada en la carátula de la Póliza, por lo que la Institución entregará al Contratante los Dividendos que correspondan a cada Asegurado.

La determinación de los Dividendos a ser pagados se realizará al finalizar la vigencia de la Póliza.

b) Periodo de Pago

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 sea menor a un año.

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 se obliga a entregar los montos correspondientes a los Dividendos, de forma proporcional a la participación en el pago de la Prima de cada uno de los Asegurados, que forman parte del Grupo Asegurado, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a la Institución de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de la Institución por este concepto.

No se considerará para efectos del cálculo de Dividendos la Prima correspondiente a los excedentes de Suma Asegurada sin requisitos médicos pactada en la carátula de la Póliza.

En caso de cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se calculará ni pagarán Dividendos.

El pago de Dividendos no estará condicionado a la renovación de la Póliza. Los Dividendos se calcularán una vez efectuado el ajuste de Primas, dicho ajuste deberá considerar los movimientos realizados en el Contrato durante la vigencia de la Póliza.

Los Dividendos se pagarán una vez cubierta la totalidad de la Prima anual.

c) Reclamaciones posteriores al Pago de Dividendos

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:

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, en el momento que sea solicitado por la Institución y en un plazo no mayor a tres días hábiles, 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.

13. Renovación

La Institución podrá renovar el Contrato en las mismas condiciones en que fue celebrado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades la fecha de vencimiento del Contrato. **En cada renovación se aplicará las Primas de tarifas obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contenidas en las notas técnicas respectivas.**

Será necesario que el Contratante solicite dicha renovación a la Institución 30 días naturales antes a la terminación de vigencia en curso.

14. Terminación Anticipada

Procedimiento aplicable en caso de terminación anticipada del Contrato:

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato mediante solicitud por escrito, en las oficinas de la Institución o por la misma vía por la que éste hubiere sido contratado, identificándose plenamente dicha cancelación en ningún caso podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso correspondiente.

En caso de terminación anticipada, la devolución de la Prima pagada no devengada se realizará al Contratante dentro de los 30 días naturales siguientes a la solicitud descontando de ella, los gastos ocasionados por dicha terminación.

La Institución una vez constatada la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante, proporcionará un acuse de recibo o número de folio a dicha solicitud. En todo caso, la Institución no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del Contrato sin que exista una causa justificada.

Tratándose de omisiones o inexactas declaraciones del Contratante y/o Asegurado, la Institución comunicará en forma auténtica al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda, la rescisión del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Cuando la Institución rescinda el Contrato por causa de agravación del riesgo, la terminación surtirá efectos a los quince días de haber sido recibida la notificación por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios.

En caso de cesación de los efectos del Contrato por:

- i. **Falta de pago de la Prima o la fracción correspondiente dentro del plazo convenido;**
- ii. **Por omisión en el aviso de agravación del riesgo o**
- iii. **En caso de que el Contratante y/o Asegurado provoquen una agravación esencial del riesgo no mediará notificación alguna.**

La cobertura de cada Consentimiento o Certificado Individual terminará de manera automática al igual que todos los derechos derivados de la misma, en cualquiera de los siguientes casos:

- Al ocurrir el fallecimiento o la invalidez total o permanente del Asegurado Titular.
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite por escrito a la Institución la cancelación del seguro.
- En el aniversario siguiente de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea mayor a la edad máxima de renovación indicada en dicho Endoso

15. Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por la Institución, que, por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos

por la cobertura de Hospitalización por Enfermedad o Accidente, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

El Reclamante Sustituto deberá indicarse en el Consentimiento o Consentimiento Certificado, o en caso de no haber sido designado, podrá ser el Beneficiario designado por el Asegurado. El único requisito es que al momento de la reclamación sea mayor de edad. El Asegurado en todo momento tendrá la opción de modificarlo y comunicar esta nueva designación a la Institución.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente, la Institución tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento. En caso de que no exista designación de Reclamante Sustituto ni Beneficiario, el Asegurado deberá llevar a cabo la reclamación por sí o a través de representante legal.

Los efectos del Reclamante Sustituto son para realizar los trámites de Indemnización ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que, al efectuar el pago atribuible al Asegurado, al Reclamante sustituto, la Institución ha satisfecho la Indemnización procedente a ese reclamo en específico.

El Reclamante Sustituto una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente Póliza, extenderá a la Institución el recibo de finiquito correspondiente, que liberará a la Institución de cualquier obligación derivada de esta reclamación por el monto del pago efectuado.

VIII. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Aviso de Siniestro

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Institución, dentro de los 5 días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor.

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

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

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

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

Los últimos Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la *Cláusula 9. Beneficiarios" del apartado IX. CLÁUSULAS GENERALES* de las presentes Condiciones Generales, previa la comprobación de la muerte del Asegurado.

La Institución pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios dentro de los 30 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:

- Original del Certificado Individual o Consentimiento Certificado del Asegurado
- Original de Consentimiento, Consentimiento Certificado
- Último recibo de nómina, este caso siempre y cuando este seguro haya sido contratado, como una prestación laboral por el Contratante con los riesgos de fallecimiento o por invalidez.

Formatos de Reclamación

- Formato de Reclamación de Siniestro debidamente requisitada por los Beneficiarios.
- Declaración de Fallecimiento 1 debidamente requisitada por los Beneficiarios.
- Declaración de Fallecimiento 3 debidamente requisitada por el Médico que atendió al Asegurado durante su Enfermedad o por quien extendió el Certificado de Defunción.

Dichos formatos se deberán solicitar previamente a la Institución.

Respecto del Asegurado del que se solicita la indemnización, original, digital o copia certificada de:

- Acta de nacimiento;
- Acta de defunción;
- Constancia de Clave Única del Registro de Población
- Copia del Certificado de defunción;
- Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación; tratándose de la cobertura de fallecimiento, sólo si el Beneficiario contara con ella;
- Historial Clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna Enfermedad, dentro de los primeros 12 meses de asegurado;

Respecto del Beneficiario que solicita la indemnización, original o copia certificada de:

- Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
- Acta de matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge;
- Acta de nacimiento;
- Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de su emisión;

Si el fallecimiento ocurre como consecuencia de un Accidente:

- Copia Certificada de la Carpeta de Investigación, incluyendo actuaciones completas: averiguación previa, identificación del cadáver, necropsia, parte de tránsito en caso de Accidente automovilístico, exámenes toxicológico y Conclusiones.

Para el caso de la cobertura de Cáncer a Primer Diagnóstico:

La cobertura se liquidará directamente al Asegurado, previniéndose que cuando por razones atribuibles a su condición de salud, por el Evento motivo de esta cobertura, ocurriese el fallecimiento del Asegurado antes de que se realice el pago correspondiente por parte de la Institución, la indemnización procedente se liquidará a los Beneficiarios que para este caso haya designado el Asegurado.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante.
- Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;

- Diagnóstico de la Enfermedad emitido por Institución Hospitalaria o por un Médico con certificación en la especialidad tratada, acompañado de la interpretación de los estudios médicos practicados
- Historia clínica completa del padecimiento.
- Copia de la Póliza (si la tuviere).

Para el caso de una Invalidez Total y Permanente:

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

- **Documentación del Asegurado:**
 - Copia de la Póliza (si la tuviere).
 - Acta de nacimiento (copia simple cortada contra original)
 - Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación.
- 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.
- **Si la invalidez ocurre como consecuencia de un Accidente:** Copia certificada del Actuaciones completas ante el Ministerio Público.

Para el caso de la cobertura de Hospitalización por Cualquier Causa

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

- Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación
- Copia de la Póliza (si la tuviere).
- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante.
- Informe médico, en donde se determine el Diagnóstico definitivo, al plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de Hospitalización, se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Actuaciones de ministerio público, en caso necesario

Para el caso de la cobertura de Enfermedades Graves

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

- Formato de reclamación firmado por el Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo.
- Formato del informe médico, el cual deberá estar llenado por el Médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que, además, no tenga parentesco hasta el 2º grado consanguíneo con el Asegurado, o bien, se podrá entregar el historial clínico con el nombre completo del paciente elaborada por el Médico tratante, indicando el número de cédula profesional, y, en dado caso, el de la especialidad correspondiente debidamente firmada por éste;
- Estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que amparen la Enfermedad grave.

La Institución se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el Médico que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el Hospital utilizado.

- Copia simple y original para cotejo de identificación oficial (Credencial de elector, o Pasaporte o Cédula Profesional o Cartilla del Servicio Militar Nacional), si lo tuviera.

Para el caso de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Asegurado y en caso de Fallecimiento a los Beneficiarios designados dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante (proporcionado por la Institución).
- Documentación del Asegurado:
 - Original de la Póliza del Asegurado si la tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización:
 - Copia simple y original para cotejo del acta de nacimiento;
 - Copia simple y original para cotejo de Acta de defunción (en caso de Fallecimiento);
 - Copia simple y original para cotejo de identificación oficial (Credencial de elector, o Pasaporte o Cédula Profesional o Cartilla del Servicio Militar Nacional), si lo tuviera

Para el caso de Gastos Funerarios:

- Copia simple cotejada contra original del Certificado de defunción.
- Copia simple cotejada de la Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera.

Para el caso de la cobertura de Anticipo por Enfermedad Terminal:

- Copia simple cotejada contra original del dictamen y demás pruebas clínicas indicadas para cada Enfermedad en las presentes condiciones.
- Copia simple de Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera;
- En caso, de solicitarla a través del Reclamante Sustituto, identificación oficial de éste.

Para el caso de la cobertura de Matrimonio:

El Asegurado deberá acreditar a la Institución la celebración del Contrato de Matrimonio mediante la entrega de la siguiente documentación:

- Original y copia simple del acta de Matrimonio expedida por el Registro Civil competente u,
- Original y copia simple del acta emitida por la autoridad competente en la que se haga constar la constitución de la sociedad de Convivencia.

Para el caso de la cobertura de Divorcio:

El Asegurado deberá acreditar a la Institución el Divorcio, mediante la entrega de la siguiente documentación:

- Original y copia certificada del acta de Matrimonio con la nota marginal relativa a la disolución del Matrimonio.
- Original y copia simple del escrito o resolución emitida y sellada por la autoridad administrativa o judicial competente en el que se declare el Divorcio o la disolución de la sociedad de Convivencia.

Para el caso de la cobertura de Titulación Profesional o Postgrado:

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Institución la Titulación mediante la entrega de la siguiente documentación:

- Original para cotejo y copia simple del título con reconocimiento de validez oficial por autoridad competente, emitida por una institución educativa legalmente y autorizada para tales efectos en territorio nacional.
- Copia simple del alta en el Registro Nacional de Profesionistas.
- Original del acta de Nacimiento del Asegurado Titular.

Para el caso de la cobertura de Nacimiento o Adopción de un Hijo:

El Asegurado Titular deberá acreditar a la Institución el Nacimiento o Adopción de un Hijo mediante la entrega de la siguiente documentación:

- Original y copia simple del acta de Nacimiento expedida por el Registro Civil competente u,
- Original y copia simple de la resolución judicial firme que autorice la Adopción o en su defecto, el acta de Adopción emitida por el Registro Civil competente

En adición a la documentación señalada anteriormente y en caso de que las circunstancias de realización del Siniestro no fueran claras la Institución podrá solicitar cualquier otra información o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Institución pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, la Institución por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente sustituyendo el Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2. Indemnización por Mora

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pago de la indemnización en el plazo previsto en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar a los Beneficiarios de este, una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

Artículo 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 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.

3. Pérdida del Derecho para ser Indemnizado

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), 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 vigente o cualquier ordenamiento legal que los sustituya; 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, en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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.

IX. CLÁUSULAS GENERALES

1. 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.

2. 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 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

“Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: 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.

3. Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

4. Pago de Primas

La Prima a cargo del Contratante vence desde el momento de la celebración del Contrato por lo que se refiere al primer período de Seguro, entendiéndose por período de Seguro, el lapso de tiempo para el cual resulte calculada la unidad de la Prima. Las Primas posteriores, se entenderán vencidas al comienzo de cada período.

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 30 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 12 horas del último día del citado Período de Gracia.

En caso de ocurrir algún Siniestro dentro de los 30 días del Periodo 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.

5. Rehabilitación

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

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

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

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

6. Edad

Las edades de contratación y máximas de Renovación para el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos serán las que se especifiquen en el Endoso de Edades. Asimismo, este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos sea mayor a la edad máxima de Renovación indicada en dicho Endoso.

La Institución fijara los límites de edad para cada cobertura en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado o bien las que se especifiquen en el Endoso de Edades, de conformidad con sus criterios de suscripción.

Las edades declaradas por los Asegurados deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Institución.

La edad de los Asegurados, asentada en los Certificados Individuales de Seguro, deberá comprobarse presentando prueba fehaciente a la Institución, la que extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba de la edad con posterioridad. Tal requisito debe cubrirse antes de que la Institución efectúe el pago de la Suma Asegurada. Si después de ocurrido un Siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Institución pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las Primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la Póliza.

Si en vida de los Asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al expedirse los Certificados Individuales de Seguro estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta Póliza, el Contrato se rescindirá respecto del Miembro del Grupo cuya edad haya estado fuera de límite, el respectivo Certificado Individual o Consentimiento Certificado carecerá de valor. **En este caso la Institución devolverá al Asegurado la Reserva Matemática correspondiente en la fecha de la rescisión.**

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- II. Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse conforme a esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Institución estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

7. 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. Lo anterior como lo previenen los artículos 8, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Institución a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para atacar de nulidad esta Póliza y los Certificados Individuales, o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración.

A partir del momento en que se cumpla el plazo señalado en el primer párrafo de esta cláusula, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o en su caso, desde la fecha de su rehabilitación, este Contrato no podrá ser rescindido por causa de omisiones o inexactas declaraciones. Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación, el Asegurado presente cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la Institución para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la Suma Asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

8. Suicidio

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los 2 primeros años de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual o Consentimiento

Certificado de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la Reserva Matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual o Consentimiento Certificado: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro de dicho integrante, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

9. Beneficiarios

Los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el Consentimiento respectivo, indicando si renuncian al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

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

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el propio Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo de este, situación que se hará constar en la solicitud del seguro.

Para el caso de que el Seguro se otorgue con el fin de garantizar créditos otorgados por el Contratante a los miembros del Grupo Asegurado, el Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto que adeude el Asegurado, debiéndose pagar la diferencia en caso de existir, a los Beneficiarios designados por el Asegurado en el Certificado Individual o Consentimiento Certificado.

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

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

“Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 todo 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”.

10. Cambio de Contratante

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Institución podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Las obligaciones de la Institución terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

En este caso, la Institución reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta pagada no devengada en días exactos.

11. Obligaciones Adicionales del Contratante

I. Identificación del Cliente

Salvo acuerdo en contrario entre la Institución y el Contratante, este último se obliga a conservar un expediente que contenga los datos de los Asegurados en la Póliza, así como la copia de los documentos de identificación de cada uno de ellos, aún de aquellos trabajadores o personal que dejen de prestar sus servicios, así como cuando concluya la relación entre la Institución y el Contratante y a mantenerlos a disposición de la Institución para su consulta o para el caso de requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo establecido en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Institución los expedientes en cuestión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que le sean solicitados por escrito.

Asimismo, la Institución podrá verificar de manera aleatoria que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con lo señalado en este Contrato.

En términos de lo dispuesto en las Disposiciones citadas, los expedientes a que se refiere el presente inciso deberán conservarse durante la vigencia de la Póliza y por un plazo mínimo de 10 años contados a partir de la fecha en que el Asegurado correspondiente hubiere causado baja de la misma por cualquier motivo.

Los datos de los Asegurados se refieren por lo menos al nombre, domicilio particular, fecha de nacimiento, país de nacimiento, entidad federativa de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, teléfonos en donde se puedan localizar, correo electrónico, así como la Clave Única de Registro de Población y el Registro Federal de Contribuyentes y Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, siendo estos tres últimos necesarios cuando el Asegurado cuente con ellos.

Asimismo, los documentos de identificación serán necesarios para algún certificado en lo individual, cuando la Prima de este sea mayor o igual de \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional, y en todo caso serán: identificación personal oficial vigente con dirección y fotografía, comprobante de domicilio, cédula de identificación fiscal y la Clave Única del Registro de Población, siendo estos dos últimos necesarios cuando el Asegurado cuente con estos.

Para los casos distintos a los señalados anteriormente, solo será necesario recabar el nombre, domicilio y fecha de nacimiento del Asegurado, así como de sus Beneficiarios.

Con el fin de que la Institución cuente con una adecuada apreciación del riesgo, el Contratante quedará obligado a informar a la Institución cualquier supuesto en el cual alguna persona del Grupo Asegurado se encuentre en estado de invalidez temporal o en trámite de invalidez total y permanente.

Tipos de Administración:

II. Pólizas de Tipo de Administración “Normal”

El Contratante se obliga a reportar a la Institución los movimientos de altas, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada o regla para determinarla dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de la fecha que les dio origen en el periodo previamente convenido.

La Institución dará cobertura a los nuevos Asegurados siempre y que éstos cumplan con las características correspondientes a su Elegibilidad y asegurabilidad vigentes en la fecha de alta del Asegurado.

El tipo de administración se indicará en la carátula de la Póliza.

- **Pago de Primas por Movimientos**

La Prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a las modificaciones individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo, será determinada por la Institución, sujeto a la valoración del caso con base en el siguiente recibo de primas o antes si el importe del ajuste supera el 10.0% de la Prima original. De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

Quedará a cargo del Contratante el resguardo de los consentimientos individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el Contratante se obliga a entregar a la Institución cuando éste se lo solicite a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.

III. Pólizas de Tipo de Administración “Autoadministrada”

En aquellos casos en donde la Institución y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, este tipo de administración se indicará en la Carátula de la Póliza.

La Institución tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.

La Institución acepta que el Contratante reporte los movimientos de altas, bajas o modificaciones de Suma Asegurada presentadas después de la emisión de la Póliza y durante la misma de manera simplificada, donde el Contratante se obliga a proporcionar la base de Asegurados al inicio de vigencia y al final de la misma para el cálculo de los movimientos y el ajuste de Primas correspondiente.

El Contratante se obliga a dar aviso a la Institución cuando exista incremento generalizado en la Suma Asegurada, superior al 10.0% de la Suma Asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio para su valoración y aceptación.

Si derivado de un incremento general o individual de Suma Asegurada se tuvieran asegurados con Suma Asegurada que excede a la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos (SAMI) establecida en la carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a reportarlos dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha que les da origen, por lo que la Institución se obliga a aceptar el incremento hasta la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos (SAMI).

En caso de que el Asegurado se encuentre en estado de invalidez o incapacidad, no serán válidos los incrementos individuales de Suma Asegurada, reconociendo el incremento que le corresponda al momento de su rehabilitación y se encuentre en servicio activo del Contratante.

La Institución cubrirá a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del Grupo Asegurado, sujeto a los criterios de edad de aceptación, Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos (SAMI) y requisitos de asegurabilidad vigentes en la fecha de alta del Asegurado.

Para el caso del reporte de movimientos de altas, bajas y movimientos en las sumas aseguradas, se aplicará el ajuste de Primas correspondiente, el cual aplicará a partir de la fecha del movimiento, de acuerdo con el periodo establecido en el párrafo anterior. De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que este ampare.

Quedará a cargo del Contratante el resguardo de los consentimientos individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el Contratante se obliga a entregar a la Institución cuando éste se lo solicite a efectos de cumplir en tiempo y forma en concordancia con el primer párrafo de este apartado.

IV. Pólizas de Tipo de Administración “a Declaración”

El Contratante se compromete a obtener y administrar los Consentimientos Certificados Individuales y hacer del conocimiento de los Asegurados y en su caso, el pago de Dividendos, cuando requiera que el cobro de la Prima se efectúe según la declaración mensual del listado de Asegurados de manera periódica y según forma de pago.

La Institución podrá solicitar en cualquier momento la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivado de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante tendrá la obligación de presentar a declaración el listado de Asegurados dentro de los 5 días siguientes al término del periodo de acuerdo al plazo de pago estipulado en la Póliza.

Quedarán cubiertos todos los Asegurados que el Contratante incluya en la declaración del listado de Asegurados y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

La Institución se compromete a proteger a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de Elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad establecida en la carátula de la Póliza.

En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos (SAMI) el Contratante deberá solicitar por escrito a la Institución, de acuerdo con el apartado Incremento de la Suma Asegurada Individual SAMI para cada caso concreto. En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada Máxima (SAMI) aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado.

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo con la forma de pago, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Asegurados, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro del mes en que se realiza la declaración del Contratante.

12. Moneda

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

13. Comunicaciones

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Contratante o Asegurados, serán válidas si se realizan en el último domicilio del que tenga conocimiento la Institución o en su caso, al correo electrónico proporcionado por el Contratante en la solicitud del seguro, en cual en caso de que se inhabilite o por cualquier

razón ajena a la Institución, dicho correo electrónico dejare de ser operativo, el Contratante deberá notificar a la Institución el cambio de correo electrónico, en el caso de no hacerlo, todas las comunicaciones derivadas del presente Contrato de seguro, se entenderán como legalmente realizadas por la Institución al último correo electrónico del Contratante que tenga registrado.

14. Prescripción

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

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

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

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

15. Movimientos Generales

Los ajustes en Primas por motivos de aumento o disminución de coberturas adicionales o de incremento general en la nómina mayor al 10% máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, o por incremento de coberturas, se cobrará a días exactos, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

16. Ajuste de Primas

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, a cada miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por días exactos. El Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo con la regla de Suma Asegurada establecida para los Asegurados, así como los movimientos y fechas de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del Contrato, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos Individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado.

Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio a días exactos, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto.

La cuota promedio es la que resulte de dividir la Prima total entre la Suma Asegurada total.

17. Incremento de la Suma Asegura Individual (SAMI)

El Contratante podrá solicitar ampliar la Suma Asegurada de los Asegurados que superen la SAMI, para lo cual, la Institución podrá solicitar respuesta a cuestionarios, exámenes médicos y cualquier otro necesario para la selección de riesgos.

Para este o cualquier otro tipo de incremento de Suma Asegurada la Institución se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar más información para valorar la aceptación de este.

En caso incremento de Suma Asegurada durante la vigencia del Contrato le aplicará el incremento de Prima que corresponda, con apego a los factores de Prima establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su vencimiento. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

18. Regla para la determinación de la Suma Asegurada

Para el cálculo de Suma Asegurada a través de una regla para la determinación de la Suma Asegurada, el Contratante deberá presentar las bases de cálculo y en caso de incrementos deberá presentar el registro actualizado de Asegurados con la base de cálculo actualizada durante la vigencia del Contrato le aplicará el incremento de Prima que corresponda, con apego a los factores de Prima establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, incremento que deberá ser pagado al vencimiento del periodo de pago de Prima o dentro del Periodo de Gracia.

Para este efecto se deberán presentar el Consentimiento Individual actualizado de los Asegurados Titulares.

19. 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 2 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.

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.

20. Participación del Agente

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la Prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en el Contrato de seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

21. 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, 55 y 60 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“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 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En términos de lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se informa al contratante y/o asegurado que, si dicha agravación del riesgo no tiene influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de su prestación, aún y cuando no se cumpla con el aviso, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones:

“Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.”

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

22. Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos

El Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Institución pone a su disposición, los cuales se encuentran regidos por los “Términos y Condiciones para el Uso de Medios Electrónicos”, mismos que podrá consultar en la página de Internet www.afirmeseguros.com; lo anterior con fundamento en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá por medios electrónicos al uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos.

De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de los medios de identificación que la Institución establezca en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

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, 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 31 de marzo de 2026, con el número CNSF-S0094-0149-2026/CONDUSEF-007203-01.

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

ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN LEGAL

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISF.pdf>

CÓDIGO PENAL FEDERAL

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LPDUSF.pdf>

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

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n211.pdf>

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

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 31 de marzo de 2026, con el número CNSF-S0094-0149-2026/CONDUSEF-007203-01.

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.afirme seguros.com