

**CONTRATO DE SEGURO
CONDICIONES GENERALES DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

AIG MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., en adelante la **COMPAÑÍA**, emite la presente Póliza sobre la persona del **ASEGURADO**, basándose en las declaraciones efectuadas por el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO** de la Póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

- **Accidente.** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del **ASEGURADO**, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el **ASEGURADO**.
- **ASEGURADO.** Es toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en el certificado respectivo.
- **Aseguradora y/o COMPAÑÍA.** **AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.**, quien otorga la cobertura contratada y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.
- **Beneficiario.** Es la persona o las personas designadas en la Póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.
- **Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **CONTRATANTE.** Es la persona física o moral que suscribe con la **COMPAÑÍA** una póliza de seguro, y es responsable ante la **COMPAÑÍA** de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.
- **Grupo Asegurable.** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas que pertenezcan al que representa el **CONTRATANTE**, y que reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento de Seguro de Grupo para ser asegurados mediante esta Póliza.
- **Grupo Asegurado.** El Grupo Asegurado lo integran las personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable y habiendo firmado los consentimientos respectivos, aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados anexo a esta Póliza. Los integrantes del Grupo Asegurado deberán ser empleados del **CONTRATANTE** y encontrarse en servicio activo y no estar tramitando ninguna incapacidad o invalidez al momento de la contratación de la Póliza.
- **Endoso.** Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Padecimientos Preexistentes.**
 1. Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.
 - c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La COMPAÑÍA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o, que se compruebe 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.
Cuando la COMPAÑÍA cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al ASEGURADO el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
 - b) Que previamente a la celebración del Contrato, el ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la COMPAÑÍA, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al ASEGURADO que se someta a un examen médico.
Al ASEGURADO que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
4. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la COMPAÑÍA podrá aceptar el riesgo declarado.
5. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la COMPAÑÍA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La COMPAÑÍA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el

particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la COMPAÑÍA.

- **Período de Gracia.** Es el plazo otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.
- **Póliza y/o Contrato.** Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.
- **Prima.** Es el valor determinado por la COMPAÑÍA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **RSG.** Se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder la reclamación.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES

La Póliza y sus eventuales Endosos firmados por funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

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 (30) 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).

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

- Los endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- La carátula de la Póliza
- Las condiciones generales
- La solicitud del seguro
- La tabla de cargos al fondo
- Las comunicaciones y los estados de cuenta

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante cláusulas o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deben estar firmados por el funcionario autorizado de la COMPAÑÍA, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE y los ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. El consentimiento del tercero ASEGURADO deberá también constar por escrito para toda designación de Beneficiario, así como el cambio de Beneficiario, y la transmisión del Beneficio del Contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la COMPAÑÍA.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley.

1. BENEFICIOS

1.1. BÁSICO

1.1.1. FALLECIMIENTO

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada contratada señalada en la carátula de la Póliza al Beneficiario designado en caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de este seguro.

1.1.2. PAGO ANTICIPADO PARCIAL DE LA SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

La COMPAÑÍA se obliga a pagar al ASEGURADO el 50% de la Suma Asegurada del Beneficio por Fallecimiento con un máximo de \$250,000.00 (Doscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), con cargo a dicha Suma Asegurada, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que el ASEGURADO se encuentre en un estado de Enfermedad Terminal, tal como se define en este Beneficio y acredite esta circunstancia;
2. Que el ASEGURADO no hubiera nombrado ningún Beneficiario con carácter de irrevocable;
3. Que la Póliza se encuentre vigente en el plan contratado;

4. Que el propio ASEGURADO o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido.

DEFINICIONES

1. Enfermedad Terminal

Para los efectos de este Beneficio, se entiende por Enfermedad Terminal cualquiera de los padecimientos cubiertos por este Beneficio y siempre que se considere que ocasionarán necesaria o muy probablemente la muerte del ASEGURADO, dentro de un lapso no mayor de doce meses contados a partir de la fecha del dictamen a que se refiere el inciso b) del apartado 3 que se indica en este título.

2. Período de Espera

No se hará ningún pago si la Enfermedad Terminal se presenta durante los primeros ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de vigencia de la Póliza.

3. Pruebas

Es condición para el pago de cualquier siniestro cubierto, que el ASEGURADO o quien sus derechos represente aporten pruebas a la COMPAÑÍA que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian:

- a) La edad del ASEGURADO, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad;
- b) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá comprender un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico. Para los efectos de este apartado, el médico tratante deberá contar con cédula profesional o documento que acredite el legal ejercicio de su especialidad.
- c) Adicionalmente la COMPAÑÍA se reserva el derecho de examinar a su costo al ASEGURADO con el médico que designe, y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes o el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

4. Forma de Pago de la Suma Asegurada

El pago que en su caso, efectúe la COMPAÑÍA al amparo de este Beneficio, producirá el efecto de que la Suma Asegurada del Beneficio para el caso de Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado por este Beneficio.

5. Padecimientos cubiertos

INFARTO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDÍACO)

a) Definición

Necrosis de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

b) Demostración

Evidencia de por lo menos dos (2) de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo:

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL**a) Definición**

Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de veinticuatro (24) horas.

Quedan excluidos los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.

b) Demostración

Evidencia de deficiencia neurológica típica de principio agudo y que haya persistido después de tres (3) meses.

NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER)**a) Definición**

Crecimiento incontrolado de células malignas con potencial para invadir tejidos u órganos vecinos y diseminarse a lugares distantes. Incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático; excluye neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" (por ejemplo de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colón), y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

b) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (TERMINAL) CON NECESIDAD DE DIÁLISIS RENAL**a) Definición**

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al ASEGURADO a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

b) Demostración

Historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES**a) Definición**

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

b) Demostración

Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos extremidades debida a parálisis.

TRANSPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL**a) Definición**

Someterse como receptor a una cirugía de transplante de corazón, pulmón, corazón - pulmón, hígado, páncreas, riñón, o médula ósea.

b) Demostración

Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del transplante efectuado.

EXCLUSIONES

En ningún caso la **COMPAÑÍA** estará obligada a pago alguno con cargo a este Beneficio, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a) Si la Enfermedad Terminal resulta a consecuencia de lesiones que se cause a si mismo el **ASEGURADO** y tentativa de suicidio, si este ocurre conforme al artículo 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- b) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.
- c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones.
- d) Si la Enfermedad Terminal resulta, a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefacientes y psicotrópicos, a menos que hayan sido prescritos por un médico.

1.2. OPCIONALES

Los **ASEGURADOS** y Beneficiarios tendrán derecho de recibir los créditos derivados de los siguientes Beneficios si el siniestro ocurrió durante el periodo de vigencia de la Póliza y la misma se encontraba vigente.

Asimismo, los Beneficios que a continuación se mencionan aplican únicamente si aparecen explícitamente en la sección de Beneficios contratados de la carátula de la póliza, sujetos a la regla para determinar la Suma Asegurada y a los límites de edad de aceptación respectivos.

1.2.1. BENEFICIOS OPCIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

El **CONTRATANTE** podrá elegir y contratar a su elección únicamente una de las siguientes modalidades, respecto de la cual la **COMPAÑÍA** pagará la Suma Asegurada que corresponda.

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa por parte de la **COMPAÑÍA** en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **ASEGURADO** cumpla setenta (70) años, o bien, por el uso de este Beneficio.

MODALIDAD A. BENEFICIO OPCIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

La **COMPAÑÍA** pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del **ASEGURADO** se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente.

MODALIDAD B. BENEFICIO OPCIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Este Beneficio cubre, además de lo especificado en la modalidad A "Beneficio Opcional por Muerte Accidental", lo siguiente:

Si durante la Vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto por la misma y dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas que enseguida se enumeran, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Si el ASEGURADO fallece a consecuencia del Accidente que dio origen a la Pérdida Orgánica, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al ASEGURADO, por el mismo Accidente bajo la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

MODALIDAD C. BENEFICIO OPCIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

Este Beneficio cubre, además de lo especificado en la modalidad B "Beneficio Opcional por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas", lo siguiente:

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada o el porcentaje correspondiente a la Pérdida Orgánica, en caso de que el Accidente que originó el Fallecimiento o la Pérdida Orgánica del ASEGURADO se diera en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Mientras viajaba como pasajero, en un vehículo aéreo operado por una empresa de transporte aéreo comercial de pasajeros, en una ruta normalmente establecida y sujeta a itinerarios regulares.

- b) Mientras viajaba como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, contra pago de pasaje, sobre una ruta terrestre establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- c) Mientras viajaba como pasajero en un ascensor que opere para servicio del público (con exclusión de los ascensores en las minas).
- d) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrara al comenzar el incendio.

EXCLUSIONES

Las presentes exclusiones aplican para cualquiera de las modalidades de contratación antes descritas. La aplicación del beneficio no se concederá cuando el Fallecimiento o la Pérdida Orgánica del ASEGURADO sea a consecuencia de:

- a) **Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- c) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- d) **Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- g) **Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- h) **Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

1.2.2. BENEFICIO OPCIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si el ASEGURADO se invalida Total y Permanentemente durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará al propio ASEGURADO la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa por parte de la COMPAÑÍA en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años, o bien, por el uso de este Beneficio.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el ASEGURADO dentro de los previamente designados por la COMPAÑÍA, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del ASEGURADO.

Período de Espera

El Beneficio derivado del estado de Invalidez del ASEGURADO comenzará su aplicación después de que haya transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente, a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de Invalidez prevalezca.

1.2.3. BENEFICIO OPCIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Mediante la contratación de este Beneficio, si dentro de la vigencia del seguro, el ASEGURADO se invalida de manera total y permanente, la COMPAÑÍA se compromete a mantener en vigor la Póliza por la Suma Asegurada vigente en la fecha en que se haya declarado el estado de Invalidez Total y Permanente sin que el ASEGURADO continúe haciendo el pago de primas correspondientes a la cobertura básica.

La vigencia de este beneficio terminará automáticamente sin necesidad de declaración expresa por parte de la COMPAÑÍA en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años, o bien, por el uso de este Beneficio.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el ASEGURADO dentro de los previamente designados por la COMPAÑÍA, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la

COMPañÍA cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del ASEGURADO.

Período de Espera

El Beneficio derivado del estado de Invalidez del ASEGURADO comenzará su aplicación después de que haya transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente, a partir de la fecha de diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de Invalidez prevalezca.

EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican para las coberturas descritas en los puntos 1.2.2 y 1.2.3. El pago de cualquiera de estos beneficios no procederá si la Invalidez Total y Permanente es consecuencia directa o indirecta de lo siguiente:

- a) De lesión corporal infligida intencionalmente por el propio ASEGURADO, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.
- c) De accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el ASEGURADO viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- d) Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
- e) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- f) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, motociclismo, pesca, caza o cualquier clase de deporte aéreo, o cualquier actividad similar.
- g) Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- h) Por padecimientos y/o enfermedades preexistentes.
- i) Acto criminal en el que resulte responsable el ASEGURADO.
- j) Afecciones propias del embarazo, aborto, parto prematuro, parto normal o anormal y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.
- k) Falsas declaraciones, omisión o reticencia del ASEGURADO.
- l) Lesiones por accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.
- m) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- n) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

1.2.4. BENEFICIO OPCIONAL DE GRAVES ENFERMEDADES

La COMPañÍA pagará los gastos derivados del tratamiento en caso de que se presente por primera vez alguna de las Graves Enfermedades cubiertas por este Beneficio al ASEGURADO, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

La COMPañÍA conviene en pagar el 100% de la Suma Asegurada en caso de que el ASEGURADO sobreviva por un periodo de treinta (30) días a partir de que se le diagnosticó la Grave Enfermedad cubierta.

En caso de que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de una Grave Enfermedad cubierta, la COMPAÑÍA reembolsará el monto de los gastos erogados a consecuencia de la Grave Enfermedad hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada.

a) INFARTO DEL MIOCARDIO

Definición

Necrosis de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

Demostración

Evidencia de por lo menos dos (2) de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo:

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

b) AFECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

Definición

Operación quirúrgica a tórax abierto con el objetivo de corregir el estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias mediante la colocación de hemoductos (By-Pass); ya sean en venas o arterias para la revascularización del miocardio.

Quedan específicamente excluidos cualquier otro tipo de tratamiento o intervención (por ejemplo: la angioplastia, la trombólisis, etc.).

Demostración

Evidencia de por lo menos dos (2) de los siguientes síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo.

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

c) CÁNCER

Definición

Crecimiento incontrolado de células malignas con potencial para invadir tejidos u órganos vecinos y diseminarse a lugares distantes. Incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático; **excluye neoplasias de la piel**, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" (por ejemplo de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colon) **y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

d) ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

Definición

Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-

cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de veinticuatro (24) horas.

Quedan excluidos los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.

Demostración

Evidencia de deficiencia neurológica típica de principio agudo y que haya persistido después de tres (3) meses.

e) INSUFICIENCIA RENAL

Definición

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Demostración

Historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

f) PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Demostración

Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos extremidades debida a parálisis.

g) TRASPLANTE DE ÓRGANO VITAL

Definición

Someterse como receptor a una cirugía de trasplante de corazón, pulmón, corazón - pulmón, hígado, páncreas, riñón, o médula ósea.

Demostración

Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Período de espera

No se hará ningún pago si la Grave Enfermedad se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de emisión de la cobertura.

1.2.5. BENEFICIO OPCIONAL DE GASTOS FUNERARIOS

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de fallecimiento del ASEGURADO, así como por la de alguno de sus dependientes económicos directos (Cónyuge e Hijos), por cualquier causa, durante la vigencia de la Póliza.

Quedan cubiertos los hijos menores de veinticinco (25) años de edad.

1.2.6. BENEFICIO OPCIONAL DE PRÓRROGA DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO INJUSTIFICADO

La COMPAÑÍA prorrogará la vigencia de los beneficios básicos 1.1.1. Fallecimiento y 1.1.2. Pago Anticipado Parcial de la Suma Asegurada por Fallecimiento en caso de Enfermedad Terminal, así como de los beneficios

opcionales 1.2.2. Beneficio Opcional por Invalidez Total y Permanente, 1.2.4. Beneficio Opcional de Graves Enfermedades y 1.2.5. Beneficio Opcional de Gastos Funerarios por un período de un año en caso de que el ASEGURADO quede desempleado injustificadamente durante la vigencia de la Póliza. Se prorrogarán aquellos beneficios que hayan estado expresamente contratados en la Póliza por la misma Suma Asegurada por un periodo de un año contado a partir de la fecha en que el ASEGURADO dejó de pertenecer al Grupo Asegurado. Este Beneficio aplica únicamente en casos en que el patrón haya rescindido el contrato laboral por causas injustificadas, en términos de lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

Comprobación del desempleo

Para presentar la reclamación de este beneficio, la COMPAÑÍA solicitará la información y documentación siguiente:

- Dar aviso a la COMPAÑÍA por escrito y de manera inmediata del despido injustificado;
- Presentar los documentos que demuestren que el despido fue injustificado, tales como el comprobante de la liquidación correspondiente, o documento expedido por el patrón que acredite las circunstancias que dieron lugar al despido injustificado;
- La COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado del ASEGURADO, con el objeto de determinar si procede este beneficio.

2. INDISPUTABILIDAD

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

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 (Artículo 20 RSG).

3. CARENCIA DE RESTRICCIONES

La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna, ya sea en atención a la residencia, a la ocupación, a los viajes y en general, al género de vida de los ASEGURADOS.

4. REGISTRO DE ASEGURADOS

La COMPAÑÍA llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguiente datos: Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo, Suma Asegurada que corresponda a cada uno; fechas en que entren en vigor los seguros, fechas de terminación de los mismos y número de certificado individual. Una copia de este registro será entregada al CONTRATANTE.

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del CONTRATANTE:

- a. Comunicar a la COMPAÑÍA los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos, en los que deberán expresarse el nombre del ASEGURADO, su ocupación y la fecha de su nacimiento, la Suma Asegurada o la regla para determinarla; la designación de Beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable.
- b. Comunicar en un plazo máximo de quince días las separaciones definitivas del Grupo Asegurado.
- c. Dar aviso dentro del término de quince días, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los ASEGURADOS y que dé lugar a modificaciones en las Sumas Aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas Sumas Aseguradas surtirán efecto desde la fecha del cambio de condiciones.

- d. Enviar a la COMPAÑÍA los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS, en caso de modificación de la regla para determinar las Sumas Aseguradas.

6. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este contrato estará en vigor durante un año desde la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza.

7. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La COMPAÑÍA expedirá, firmará y enviará al CONTRATANTE, para su entrega a los ASEGURADOS, certificados individuales que deberán contener por lo menos los datos siguientes: número de póliza y del certificado, nombre y fecha de nacimiento del ASEGURADO, fecha de vigencia del seguro, Suma Asegurada o la regla para determinarla, beneficios contratados, nombre del Beneficiario o Beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable y la transcripción de las condiciones de la Póliza de especial interés para el ASEGURADO, de acuerdo con lo establecido en el RSG vigente.

8. DIFERENCIAS EN LA DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la COMPAÑÍA, por su propio derecho o a solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno o en otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio (Artículo 13 RSG).

9. INGRESOS POSTERIORES A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

Los miembros que ingresen al Grupo Asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable y hasta por la suma asegurada máxima sin pruebas médicas que se especifique en la carátula de la Póliza.

La COMPAÑÍA podrá exigir un examen médico a los miembros del Grupo Asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado, así como a aquellos que excedan la suma asegurada máxima sin pruebas médicas. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la COMPAÑÍA (Artículo 14 RSG).

10. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la COMPAÑÍA restituirá al CONTRATANTE la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se consideran separados definitivamente los ASEGURADOS que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso (Artículo 15 RSG).

Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al CONTRATANTE la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo a la COMPAÑÍA (Artículo 21 RSG).

11. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO

La COMPAÑÍA tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere, 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 COMPAÑÍA. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la COMPAÑÍA dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La Suma Asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la COMPAÑÍA, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor. La COMPAÑÍA deberá operar cuando menos, el plan ordinario de vida (Artículo 16 RSG).

12. PRIMA

La prima vence en el momento de la celebración del contrato, la prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y Suma Asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo se les aplicará la cuota promedio por meses completos (Artículo 18 RSG).

La COMPAÑÍA aplicará en cada renovación la tarifa de primas que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Las primas convenidas en esta Póliza se pagarán en las fechas de su vencimiento, a cambio del recibo correspondiente.

El pago de las primas convenido es anual. Sin embargo, el CONTRATANTE tiene derecho, dentro de los treinta días siguientes a cada aniversario de la póliza, en el caso de renovación de contrato, a cambiar la forma de pago anual por semestral, trimestral o mensual, aplicándose la tasa de financiamiento pactada entre las partes.

13. PERÍODO DE GRACIA

Los efectos del contrato cesarán automáticamente una vez transcurrido el Periodo de Gracia de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la COMPAÑÍA podrá reducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta (30) días de espera (Artículo 17 RSG).

14. RENOVACIÓN

La COMPAÑÍA estará obligada a renovar este contrato, mediante endoso en la presente póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que en la fecha de vencimiento se reúnan los requisitos del RSG vigente. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma (Artículo 24 RSG).

15. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo podrá hacer nueva designación de Beneficiario, mediante notificación por escrito que, junto con el certificado respectivo, deberá remitirse a la COMPAÑÍA para anotación correspondiente. En caso de que la notificación no sea recibida oportunamente, la COMPAÑÍA pagará el importe del seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento sin responsabilidad alguna para ella.

El CONTRATANTE no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el CONTRATANTE o prestaciones legales voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Los ASEGURADOS pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar de Beneficiario. Para que produzca sus efectos esa renuncia, tendrá que hacerse constar en el certificado individual respectivo y el ASEGURADO deberá comunicar por escrito al Beneficiario y a la COMPAÑÍA, enviando a ésta el certificado para su anotación.

Cuando no haya Beneficiario designado el importe del seguro se pagará a la sucesión del ASEGURADO. La misma regla se observará, salvo pacto en contrario, en caso de que el Beneficiario y ASEGURADO mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieren designados beneficiarios sustitutos o no se hubiere hecho nueva designación.

Cuando haya varios Beneficiarios, la parte del que muera antes que el ASEGURADO se distribuirá por parte iguales entre los sobrevivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

16. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la COMPAÑÍA la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato (Artículo 22 RSG).

17. EDAD

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de establecer límites de aceptación para las diferentes coberturas que se otorguen, estos límites se establecen en la carátula de la Póliza.

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el ASEGURADO, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la Póliza y las subsecuentes renovaciones.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO, la COMPAÑÍA no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

Si la edad del ASEGURADO estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA 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.
- b. Si la COMPAÑÍA 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 del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima existente y la que habría sido necesaria para la edad real del ASEGURADO en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d. 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 COMPAÑÍA estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el ASEGURADO presenta a la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de su edad, la COMPAÑÍA lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por fallecimiento del ASEGURADO.

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 COMPAÑÍA 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 (Artículo 19 RSG).

18. CAMBIO DE CONTRATANTE.

Cuando haya cambio de CONTRATANTE, la COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente, al nuevo CONTRATANTE. La COMPAÑÍA reembolsará a éste la prima no devengada (Artículo 23 RSG).

19. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

El presente plan no otorga participación de utilidades por siniestralidad favorable.

20. COMUNICACIONES

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO según sea el caso.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la COMPAÑÍA llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al ASEGURADO la nueva dirección en la República, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la COMPAÑÍA y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la COMPAÑÍA deba hacer al ASEGURADO o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la COMPAÑÍA.

21. MODIFICACIONES

Las estipulaciones consignadas en esta póliza y sus respectivos endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, y se hará constar mediante endoso adicional a esta propia Póliza.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la COMPAÑÍA no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones o modificaciones.

22. MONEDA

Se convienen que todos los pagos relativos a este contrato, por parte del CONTRATANTE o de la COMPAÑÍA, deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se haga el pago.

23. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

24. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

25. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la COMPAÑÍA, 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 pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

26. DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el CONTRATANTE, en el domicilio de la COMPAÑÍA.

27. COMISIONES O COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA 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 la celebración de este contrato. La COMPAÑÍA proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número **CNSF-S0058-0670-2006** de fecha **20 de Diciembre del 2006**.*