



Empresa del Grupo  **MAPFRE**

Condiciones Generales y Particulares

Seguro de Vida Grupo con Participación de Utilidades Vida Grupo



Insignia Life, S.A. de C.V.

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

CONTENIDO

Condiciones Generales	4
1. Contrato	4
2. Inicio y término de vigencia	4
3. Renovación	4
4. Moneda	4
5. Participación de utilidades	5
6. Prima	6
7. Contribución de los asegurados	7
8. Suma asegurada	7
9. Procedimiento en caso de siniestro	8
10. Aviso de siniestro	8
11. Lugar y pago de la indemnización	8
12. Pagos improcedentes	8
13. Designación de beneficiarios	9
14. Pago a beneficiarios	9
15. Pruebas	10
16. Edad	10
17. Cancelación de la póliza	12
18. Terminación anticipada	12
19. Derecho de conversión	12
20. Interés moratorio	13
21. Extinción de las obligaciones de la compañía	13
22. Sustitución del contratante	13
23. Grupo asegurado	13
24. Certificados individuales	14
25. Registro de asegurados	14
26. Ajuste por movimientos	15
a. Altas	15
b. Bajas	16
27. Omisiones o declaraciones inexactas	16
28. Prescripción	17
29. Carencia de restricciones	17
30. Comunicaciones	18
31. Comisiones	18
32. Competencia	18
33. Arbitraje	19
34. Modificaciones	19



35. Indisputabilidad	20
36. Suicidio	20
37. Consideración fiscal	20
38. Entrega de póliza	21
39. Medios de identificación	21
40. Información para operaciones	22
41. Confidencialidad de la información	22
42. Información de los asegurados	22
43. Preceptos legales	24
 Condiciones Particulares de las Coberturas Contratadas	 24
 Definiciones	 25

Condiciones Generales

1. Contrato

Forman parte de este contrato, estas condiciones generales, la solicitud de seguro, la carátula de Póliza, los endosos correspondientes a las coberturas contratadas en donde se detallan las condiciones particulares de éstas o endosos especiales que se adicionen, los Consentimientos/Certificados individuales y el registro de Asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

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 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza, transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Inicio y término de vigencia

La vigencia de esta Póliza se indica en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer indicada en la carátula, se considera que la vigencia es de un año.

La vigencia de esta Póliza principia y termina en las fechas y horas indicadas en la carátula de la misma y, en particular, para cada Asegurado en las fechas y horas indicadas en el Certificado individual correspondiente.

3. Renovación

Con apego al artículo 21 del Reglamento, la Compañía podrá renovar este seguro por periodos iguales, mediante endoso a la Póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos previstos en ese Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos vigentes registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

4. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidadas en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

5. Participacion de utilidades

En caso de que así se señale en la carátula de la póliza, el Contratante y los Asegurados, en su caso, participarán anualmente de las utilidades por siniestralidad favorable que obtenga la Compañía en la cartera de pólizas de seguro de vida grupo en experiencia global, cuyo monto se determinará con base en la diferencia que resulte entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para tal efecto.

El monto de siniestros, podrá considerar la proporción de reserva correspondiente a siniestros ocurridos no reportados.

Para efectos del cálculo de dividendos, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.

El cálculo de los dividendos se hará al final de cada año calendario y su pago se realizará al final de la vigencia de la Póliza, sin que éste quede sujeto a la renovación de la Póliza.

No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Entendiéndose como dividendos anticipados a la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la Póliza. En caso de las pólizas cuya temporalidad sea menor a un año, no podrán otorgarse dividendos.

Para que dicha participación se otorgue, el Contratante deberá asentarla por escrito en la solicitud del seguro, siempre y cuando el grupo asegurado cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto.

El pago de los dividendos está sujeto al pago de la prima en su totalidad.

El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en la que contribuyan al pago de la prima, podrán participar en las utilidades que obtenga la Compañía con base en los lineamientos establecidos en la nota técnica de este producto.

Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima y existan dividendos, la Compañía cumplirá con la obligación de pagar los dividendos a los Asegurados, entregando al Contratante el importe total de éstos, señalando los montos que les correspondan a cada uno de los Asegurados. Por lo anterior, la Compañía no realizará pagos por concepto de dividendos por siniestralidad favorable a persona distinta del Asegurado o Contratante de la Póliza.

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a los dividendos 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 Compañía de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de la Compañía por este concepto.

Cualquier pago por este concepto realizado indebidamente, obliga al Contratante y a los Asegurados a reintegrar de inmediato el pago a la Compañía.

6. Prima

La prima total corresponderá a la suma de las primas de los integrantes del grupo asegurado.

La prima de cada Asegurado se determinará con base en la tarifa aplicable, obtenida conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, venciendo éstas a las doce horas del primer día de la vigencia del período que comprendan y se aplicará la tasa de financiamiento que corresponda a la fecha de expedición de la Póliza y posterior a la expedición, la tasa de financiamiento vigente en cada aniversario de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de vencimiento (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Por lo que en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Cuando la modalidad de pago elegida por el Contratante sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, la efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Contratante podrá cubrir directamente en las oficinas de la Compañía el importe de las primas correspondientes. El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto la Compañía no emita el recibo correspondiente.

En caso de Indemnización por causa de siniestro, la Compañía podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente del período de seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el Contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Compañía contra la entrega del recibo correspondiente.

7. Contribución de los asegurados

Los miembros del grupo asegurado podrán contribuir al pago de la prima, siendo responsabilidad del Contratante liquidarla oportunamente a la Compañía para que los Asegurados estén cubiertos en la Póliza.

8. Suma asegurada

La suma asegurada para cada miembro del grupo asegurado se determinará de acuerdo con la regla establecida en la carátula de la Póliza, solicitada por el Contratante y aceptada por la Compañía.

La Compañía establecerá la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) sin necesidad de presentar requisitos médicos, mediante reglas que eviten la selección adversa. La SAMI es la que se señala en la carátula de la Póliza.

La suma asegurada en exceso de la SAMI se otorgará una vez satisfechas las pruebas de asegurabilidad establecidas por la Compañía, las cuales dependerán de la edad del Asegurado y de la suma asegurada excedente correspondiente.

Los incrementos de suma asegurada que el Contratante solicite por escrito a la Compañía solo podrán realizarse hasta el aniversario de la Póliza, la Compañía se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar mayor información para valorar la aceptación de los mismos.

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. De cualquier forma, se hará el ajuste correspondiente en cuanto a prima se refiere.

9. Procedimiento en caso de siniestro

En caso de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costo cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

En los endosos que forman parte de esta Póliza, y que contienen las condiciones particulares de cada cobertura contratada, se indica de manera específica la información y documentación que se deberá entregar a la Compañía, para el trámite de reclamación, en caso de siniestro.

10. Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario tenga conocimiento de la realización del siniestro, que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

11. Lugar y pago de la indemnización

La Compañía pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta Póliza.

12. Pagos improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equivocado por parte del Contratante de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a la Compañía, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía.

13. Designacion de beneficiarios

Los Asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar a sus Beneficiarios, siempre que se mantenga el interés asegurable, no se haya cedido y no exista restricción legal. Los Asegurados deberán notificar el cambio por escrito a la Compañía para formar parte integrante de la Póliza.

Los Asegurados podrán renunciar al derecho de cambiar la designación de sus Beneficiarios, siempre que lo notifiquen por escrito a los Beneficiarios y a la Compañía para ser anotado en el Certificado Individual respectivo.

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 Contratante o prestaciones legales contractuales o voluntarias concedidas por el mismo.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio a la indemnización derivada del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIA:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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.

14. Pago a beneficiarios

La Compañía pagará la suma asegurada al último Beneficiario de que tenga conocimiento quedando liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, ésta ya no surtirá efecto.

El pago de la suma asegurada se hará a los Beneficiarios en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del siniestro.

Si algún Beneficiario llegó con vida al momento del siniestro pero falleció antes de poder cobrar su proporción de suma asegurada, el pago se realizará a la sucesión legal de dicho Beneficiario.

Si algún Beneficiario falleció antes de ocurrir el siniestro, su proporción de suma asegurada se repartirá entre los demás Beneficiarios por partes iguales.

Cuando no hay designación en la Póliza por medio de un Consentimiento o mueran todos los Beneficiarios designados antes que el Asegurado, la suma asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En caso de que el Beneficiario resulte implicado legalmente, sea procesado y se le declare culpable por el fallecimiento del Asegurado, su parte será pagada a la sucesión legal del Asegurado; en caso de existir más de un Beneficiario con derecho a la indemnización, se pagará el importe correspondiente de manera proporcional a cada uno.

15. Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de la declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago. El costo de la obtención de documentos oficiales correrá por cuenta del Beneficiario.

Se deberán presentar pruebas de que el siniestro por el que se reclama, ocurrió dentro de la vigencia de la Póliza.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

16. Edad

Las edades de aceptación para ingresar a esta Póliza respecto de cada uno de los integrantes del grupo asegurado serán las indicadas en la carátula de la Póliza para las coberturas otorgadas.

Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado deberán comprobarse legalmente, pudiendo ser en cualquier momento. Una vez comprobada la edad de un Asegurado, la Compañía hará la anotación correspondiente y no podrá exigir que se vuelva a comprobar la edad del Asegurado.

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 Contratante la reserva matemática del Certificado individual que corresponda al Asegurado 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 recobrar 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 la edad real, la empresa estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva 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 al fallecimiento 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.

Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, se rescindiré el Certificado individual devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Certificado individual en esta fecha.

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

17. Cancelación de la póliza

Si el grupo asegurado llegare a desintegrarse, este Contrato será cancelado, a partir de la fecha cubierta por la última prima pagada.

18. Terminación anticipada

El Contratante podrá terminar de forma anticipada este contrato, previo aviso por escrito a la Compañía, en donde se indique la fecha de terminación del Contrato, la cual no podrá ser anterior a la fecha de aviso.

La Compañía devolverá al Contratante, la parte no devengada de la prima pagada menos el costo de adquisición total y el monto de siniestros ocurridos conocidos hasta la fecha de terminación del contrato; en caso del que el cálculo sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima pagada no se considerará el derecho de Póliza y el recargo por pago fraccionado.

Si posterior a la fecha de terminación anticipada del Contrato, se reporta un siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza terminada, se tendrá que realizar nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula, la parte no devengada de la prima pagada será igual a la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividida por número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El reembolso al Contratante se pagará a más tardar en 30 (treinta) días hábiles contados a partir de la fecha de terminación anticipada del Contrato.

19. Derecho de conversión

Con base en lo establecido en el artículo 19 del Reglamento, solo en las pólizas cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Compañía tendrá la obligación de asegurar sin examen médico y por una sola vez, al participante que se separe definitivamente del grupo asegurado en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere, con excepción de los seguros temporales y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad este dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho la persona separada del grupo asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía dentro de los treinta días naturales a partir de su separación.

La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en la fecha de su solicitud, según las tarifas que se encuentren en vigor.

20. Interés moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no obstante haber recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés por mora de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

21. Extinción de las obligaciones de la compañía

Las obligaciones de la Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de prima.

22. Sustitución del contratante

En caso de que el seguro de grupo tenga por objeto otorgar una prestación laboral, con apego a lo establecido en el artículo 20 del Reglamento se establece que cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en el artículo 7 y 8 del Reglamento.

23. Grupo asegurado

Las personas que se encuentren incapacitadas a la fecha de inicio de vigencia del contrato o de cualquiera de sus renovaciones, no podrán pertenecer al grupo asegurado y solo podrán solicitar su inclusión a partir de su rehabilitación.

Si durante la vigencia de la Póliza las características del grupo asegurado cambian de tal manera que ya no se cumplen los requisitos de asegurabilidad, la Póliza continuará en vigor hasta el término de la vigencia. Si continúan sin cumplirse los requisitos de asegurabilidad, la Póliza quedará cancelada y no podrá ser renovada.

Se consideran parte del grupo asegurado las personas declaradas por el Contratante siempre que sean aceptadas por la Compañía mediante la expedición del Certificado respectivo e inclusión en el registro de Asegurados.

24. Certificados individuales

La Compañía expedirá y entregará al Contratante, un Certificado para cada uno de los integrantes del grupo asegurado, que contendrá la siguiente información:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
- b. Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
- c. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d. Nombre del Contratante.
- e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
- g. Coberturas contratadas y sumas aseguradas o reglas para determinarlas en cada cobertura.
- h. Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter irrevocable de la designación.

Asimismo, el referido Certificado, deberá incluir las principales cláusulas de la Póliza.

El Contratante una vez recibidos los Certificados los hará llegar a cada Asegurado. En cualquier caso, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Certificado correspondiente.

25. Registro de asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del grupo asegurado.
- b. Sumas aseguradas o reglas para determinarlas.
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo.
- d. Operación y plan de seguros de que se trate.
- e. Número de Certificado individual.
- f. Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

26. Ajuste por movimientos

El Contratante entregará a la Compañía el reporte de movimientos una vez al año y serán efectivos en la fecha del aniversario de la Póliza.

a. Altas

Las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo 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 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (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 (art. 17 del Reglamento).

Lo anterior, también aplica a las coberturas adicionales con las que cuente la póliza.

b. Bajas

Serán las personas que dejen de pertenecer al grupo asegurado y su baja será efectiva en la fecha en que concluya la cobertura de la última prima pagada.

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía 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 (Art. 18 del Reglamento).

En el caso de que la administración de la póliza sea llevada a cabo por el Contratante, la Compañía tendrá acceso a la información correspondiente, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento y demás disposiciones legales aplicables, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en esta materia, en concordancia con las disposiciones legales antes mencionadas (artículo 23 del Reglamento).

27. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o Asegurado o el representante de cualquiera de ellos, está obligado a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro, en términos de lo previsto por el artículo 47 con relación a los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

28. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro, prescribirán:

- a. En cinco años, tratándose de las coberturas de fallecimiento.
- b. En dos años, en las demás coberturas.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así mismo se suspenderá en los casos previstos en esta ley.

29. Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con 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 disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

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 Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta

o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía 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 Compañía 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.

30. Comunicaciones

Toda declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionadas con este Contrato, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio lo comunicará inmediatamente al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes.

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

31. Comisiones

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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

32. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Insignia Life, S.A. de C.V., o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los

Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la Cláusula de Arbitraje de las condiciones generales de la Póliza.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

33. Arbitraje

En caso de ser notificada por parte de la Compañía la improcedencia de una reclamación, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario, en su calidad de reclamante, podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada de común acuerdo.

La Compañía acepta que si el en su calidad de reclamante, acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculativo para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será cubierto por la Compañía.

34. Modificaciones

En términos del artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes.

El agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Las modificaciones o cambios que se realicen al presente Contrato y que se constaten por escrito, surtirán efectos legales en términos de lo establecido en los artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

35. Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla un año, contado a partir de su fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado o la de su última rehabilitación y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

36. Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato o de la última rehabilitación y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía sólo devolverá la reserva matemática respecto del integrante del grupo asegurado al cual corresponda el Certificado individual, en la fecha en que ocurra el fallecimiento. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

37. Consideración fiscal

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realicen las Instituciones de Seguros a sus Asegurados o Contratantes o Beneficiarios, podrán causar impuesto de acuerdo a dichas disposiciones.

Cuando proceda, el cálculo específico de los impuestos y las tasas impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo con la legislación en vigor en la fecha de pago.

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le sustituya.

Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan.

El Contratante sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El Contratante se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida, derivadas del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta Póliza de seguro.

38. Entrega de póliza

Una vez aceptada la solicitud de seguro la Compañía se obliga a entregar al Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

- a. De manera personal al contratar el seguro.
- b. Envío electrónico al correo indicado en la solicitud de seguro.
- c. Envío a su domicilio, por cualquiera de los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos mencionados en el caso del inciso a) y para los incisos b) y c) dejará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

La Compañía hará entrega al Asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo anterior, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante. No obstante lo anterior, las condiciones generales pueden ser consultadas en la página web: www.insignialife.com

Para cancelar la Póliza o solicitar que la misma no se renueve, en el caso de que esté pactada la renovación, el Contratante debe ponerse en contacto con su agente o comunicarse para tal efecto a través del correo electrónico atencionclientes@insignialife.com mediante el cual la Compañía se pondrá en contacto para realizar el trámite o bien llamando los teléfonos (55) 3088 3663 o 01 800 005 5555.

La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la solicitud está en trámite de acuerdo con sus procesos de control.

39. Medios de identificación

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, 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.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

40. Información para operaciones

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a Insignia Life, S.A. de C.V., en la dirección Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 15:00 horas, o bien en las oficinas regionales de la Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.insignialife.com

41. Confidencialidad de la información

La Compañía únicamente proporcionará información de la Póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado o Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

42. Información de los asegurados

A efecto de dar cumplimiento a las disposiciones de carácter general que derivan del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y con el fin de identificar plenamente a los integrantes del grupo asegurado de la presente Póliza, el Contratante se obliga a integrar y conservar un expediente de identificación de todas y cada una de las personas que ingresen al grupo asegurado, el cual deberá contener por lo menos los datos y documentos que se indican a continuación:

Datos:

1. Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
2. Fecha de nacimiento
3. País de nacimiento
4. Nacionalidad
5. Ocupación, profesión o actividad
6. Domicilio particular en su lugar de residencia
7. Teléfono en que se puede localizar
8. Correo electrónico
9. Constancia Única de Registro de Población, cuando se cuente con ella

10. Registro Federal de Contribuyente (con homoclave)
11. Número de serie de certificado digital de la firma electrónica avanzada, cuando cuente con ella

Documentos:

1. Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del Asegurado. Para estos efectos se considerarán como documentos válidos de identificación personal, entre otros la credencial para votar emitida por el instituto nacional electoral, el pasaporte emitido por la secretaría de relaciones exteriores, la cédula profesional, la cartilla de servicio militar nacional y la tarjeta única de identidad militar.
2. Constancia de la Clave Única de Registro de Población, expedida por la Secretaría de Gobernación y/o Cédula de Identificación Fiscal, expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuando el cliente cuente con ellas.
3. Comprobante de domicilio, cuando el domicilio manifestado en el Consentimiento o Contrato no coincida con el de la identificación o ésta no contenga domicilio, será necesario que el cliente presente un documento que acredite su domicilio, pudiendo ser entre otros, recibo de luz, de telefonía, impuesto predial o derechos por suministro de agua, estados de cuenta bancarios; todos ellos con una vigencia no mayor a 3 (tres) meses de su fecha de emisión.
4. Comprobante de inscripción de la firma electrónica avanzada, cuando se cuente con ella.

En el caso de ser extranjeros, deberán: presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su estancia legal en el país, cuando cuenten con ellos; en caso contrario cualquier documento equivalente a los señalados en el inciso a) de Documentos; así como datos de su domicilio en su país de origen y del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

De igual forma el Contratante se obliga a poner a disposición de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tanto los datos de su domicilio en su país de origen como los del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

El Contratante se obliga a mantener a disposición de la Compañía los expedientes de identificación referidos para su consulta y a proporcionarlos oportunamente a la Compañía para sí misma, o para que a la vez se los presente a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas si así se lo requiere, o para que el citado organismo los entregue a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Asimismo, la Compañía podrá verificar en cualquier momento y de manera aleatoria que los expedientes se encuentren integrados por el Contratante, de conformidad con lo establecido en la presente cláusula.

De igual manera, en su caso, el contratante se obliga a conservar los expedientes de identificación de aquellos trabajadores o personal, una vez que dejen de prestar sus servicios a terceros solicitantes o contratantes, así como cuando concluya la relación entre la Compañía y el Contratante.

En términos de lo señalado en las Disposiciones antes citadas, los expedientes se deben de conservar por un plazo mínimo de 10 (diez) años, contados a partir de la fecha en que se haya cancelado la Póliza y/o certificado individual.

43. Preceptos legales

Los preceptos legales que se citan en el presente Contrato de seguro, pueden ser consultados en la página web www.insignialife.com

Condiciones Particulares de las Coberturas Contratadas

De acuerdo a las coberturas que el Contratante solicite a la Compañía, se emitirán y entregarán en conjunto con la Póliza los endosos respectivos de cada una de las coberturas contratadas.

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, Centro de Atención Telefónica 800 00 55555 atencionclientes@insignialife.com

También puede contactar a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**, Avenida Insurgentes Sur 762 Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5553 40 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para todas las secciones contenidas en la Póliza de seguros:

- 1. Asegurado.-** Cada uno de los miembros del grupo asegurado aceptados por la Compañía y que se encuentran amparados por los riesgos cubiertos en este contrato de seguro.
- 2. Beneficiario.-** Persona designada por el Asegurado en el Consentimiento individual, que recibirá el beneficio amparado por las coberturas en caso de fallecimiento.
- 3. Carátula de la póliza.-** Documento que contiene los datos generales de identificación y características y condiciones de los derechos y obligaciones de las partes.
- 4. Consentimiento / Certificado.-** Documento que expide La Compañía para cada integrante del grupo asegurado en el cual otorgan su consentimiento para formar parte del grupo y que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza. Cualquier referencia que se haga como Consentimiento y/o Certificado individual quedará amparada bajo esta definición.
- 5. Compañía.-** Insignia Life, S. A. de C. V.
- 6. Condiciones generales.-** Conjunto de principios básicos que establece la Compañía y que regula las disposiciones legales y operativas del contrato de seguro.
- 7. Condiciones particulares.-** Disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos individualizados que se aseguran en la Póliza.
- 8. Contratante.-** Persona física o moral que celebra el contrato de seguro de grupo con la Compañía.
- 9. Contrato del seguro.-** Acuerdo por el que la Compañía se compromete a pagar la suma asegurada contratada para cada riesgo cubierto si ocurriere el mismo y el Contratante y/o Asegurado titular de pagar las primas que correspondan con la finalidad de estar protegido.

10. Detalle de coberturas.- Relación de riesgos amparados en la que se expresan los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

11. Elegibilidad.- Regla clara de aplicación general determinada por el Contratante, que define las personas que podrán ser aseguradas.

12. Endoso.- Documento en donde se describen las condiciones particulares de cada cobertura contratada o las características de los endosos especiales que pueden modificar las bases, términos y condiciones de la Póliza y forma parte de ella.

13. Grupo asegurable.- Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

14. Grupo asegurado.- Integrantes del grupo asegurable que han cumplido con la elegibilidad establecida por el Contratante y que han otorgado su consentimiento expreso para ser asegurados y han sido considerados para el cálculo de las primas de la Póliza.

15. Póliza.- Documento que organiza el Contrato de seguro, para acreditar en forma íntegra los términos y las condiciones que regulan de forma general, particular o especial, las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Contratante, los Asegurados y los Beneficiarios.

16. Reglamento.- Reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades.

17. Siniestro.- Realización de la eventualidad prevista en este Contrato amparada en cualquiera de las diferentes Coberturas contenidas en la Póliza.

18. Unidad de medida y actualización (UMA).- Es la referencia económica en pesos que se utiliza como unidad de cuenta, índice, base o medida para determinar el monto del pago de las obligaciones que la Compañía adquiere con el Asegurado en donde así se determine. El valor de la UMA se calcula anualmente por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y para efectos de este contrato será el que corresponde al año de la contratación del seguro, el cual puede ser consultado en www.inegi.org.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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Básica Fallecimiento del Asegurado Titular (MTE) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura básica de fallecimiento del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si el Asegurado titular fallece durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Si el Asegurado titular sobrevive al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Con el fallecimiento del Asegurado titular, todas las coberturas adicionales para él quedan sin efecto. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con otra cobertura básica. En caso de haberse otorgado o aparecer indicadas en la carátula de la Póliza, una o más coberturas básicas la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Prima

La prima de esta cobertura está incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular que presente cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado:

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado titular, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado titular, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado titular.
5. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado titular no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado titular (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante, original.

10. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Si el fallecimiento fue a causa de un accidente, favor de presentar:

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado titular por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios:

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.



5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada (legible) del acta de defunción de los beneficiarios que en su caso, hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número:_____

Endoso Cobertura Básica Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular (MTE / SAIT)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso de la cobertura básica de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado titular, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado titular.

Invalidez total y permanente.- Se considerará invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado titular en la fecha de contratación de esta cobertura, por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante el periodo de espera indicado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual. También se considerará como invalidez total y permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, de las dos manos, de los dos pies, de una mano y un pie, de una mano y la vista de un ojo (en forma conjunta) y de un pie y la vista de un ojo (en forma conjunta); en estos casos no aplica periodo de espera.

Se entiende por:

1. Pérdida de una mano: su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie: su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista de un ojo: pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.



Periodo de carencia.- Tiempo durante el cual la cobertura de invalidez total y permanente no está activa. El estado de invalidez total y permanente que se diagnostique en este período, no será cubierto por la Póliza, con excepción del causado por un accidente. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del Certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo asegurado.

Periodo de espera.- Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente y la fecha en que dicho estado debe continuar.

Cobertura

Si el Asegurado titular fallece o se invalida de forma total y permanente durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados o al propio Asegurado titular, según corresponda, la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza o Certificado individual.

Si el Asegurado titular sobrevive o no adquiere un estado de invalidez total y permanente al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado titular, lo que ocurra primero, todas las coberturas adicionales para él quedan sin efecto. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo, o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular por virtud de su capacidad económica.

El pago de la suma asegurada será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de esta Póliza y/o en el Certificado individual, al mismo tiempo, el Asegurado titular será dado de baja de la Póliza del grupo asegurado. En caso de diferentes periodos de espera, prevalece el indicado en la carátula de la Póliza. Si en la Póliza no se indica periodo de espera o se indican 2 (dos) o más, se considera que el periodo de espera es de 6 (seis) meses.

Para el periodo de espera de 0 (cero) meses, es decir, sin periodo de espera, aplica el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual. En caso de no aparecer indicado, se considera que el periodo de carencia es de 3 (tres) meses.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con otra cobertura básica o la cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total y permanente. En caso de haberse otorgado o aparecer indicadas en la carátula de la Póliza, dos o más coberturas básicas o la cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total y permanente, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Prima

La prima de esta cobertura está incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 64 años y la edad de cancelación será a los 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular, al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de cancelación para esta cobertura misma que se indicará en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

La Compañía no cubrirá la invalidez total y permanente originada por alguna de las siguientes circunstancias:

- 1. Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**

- 2. Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
 - 3. Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
 - 4. Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
 - 5. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
 - 6. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
 - 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.**
 - 9. Radiaciones atómicas.**
 - 10. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**
- Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.**
- 11. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
 - 12. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe, dependiendo del tipo de reclamación que se trate. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

✓ Fallecimiento

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado titular, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado titular, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado titular.
5. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado titular no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado titular (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante, original.
10. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

Si el fallecimiento fue a causa de un accidente, favor de presentar:

Copia certificada (legible) de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado titular por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados

anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ **Invalidez total y permanente**

Además de los documentos listados en los puntos 5 al 12 para las reclamaciones por fallecimiento, favor de presentar:

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado titular, original.
2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez total o pérdida de miembros”, original.
3. Actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, en sus partes de: Fe de Hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados (Toxicológicos, alcoholemia balística, etc.).
4. Dictamen de Invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su forma ST-4, o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA); en caso de no contar con éste, historia clínica, así como resultado de estudios radiológicos, de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.

En caso de que la Compañía declare la improcedencia del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado titular, la declaración de improcedencia deberá efectuarla un especialista en la materia.

Si los dictámenes de invalidez total y permanente, el presentado por el Asegurado titular y el emitido por el médico especialista de la Compañía resultan contradictorios, las partes podrán resolver la controversia, de común acuerdo, mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula Arbitraje de las condiciones generales de la Póliza.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Básica Fallecimiento Recíproco del Asegurado Titular y su Cónyuge (MTER)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso de la cobertura básica de fallecimiento recíproco del Asegurado titular y su cónyuge se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Cónyuge.- Se considera como Cónyuge a la esposa o esposo del Asegurado titular, o a falta de éste, con quien haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores al fallecimiento, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio, o el lapso menor que en su caso prevea la legislación común del Estado al que correspondan. Para fines de este seguro y con base en el artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado titular tiene las facultades para contratar este seguro tanto para él como para su cónyuge.

Cobertura

Si el Asegurado titular o su cónyuge fallecen durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado que sobreviva, la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla.

En caso de fallecer al mismo tiempo el Asegurado titular y su cónyuge, la suma asegurada se pagará a los beneficiarios designados, o en caso de no existir designación expresa, a la sucesión correspondiente.

Con el fallecimiento del Asegurado titular o del cónyuge, esta cobertura permanecerá vigente para el superviviente hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, las coberturas adicionales se cancelan respectivamente para el asegurado fallecido. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular y éste llegara a fallecer, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero.

En caso de fallecimiento del cónyuge, en la siguiente renovación se podrá otorgar como cobertura básica la que corresponda únicamente al riesgo del Asegurado titular.

Si el Asegurado titular y el cónyuge sobreviven al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con otra cobertura básica. En caso de haberse otorgado o aparecer indicadas en la carátula de la Póliza, una o más coberturas básicas se cancelarán y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Prima

La prima de esta cobertura está incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular y su cónyuge al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular o cónyuge, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado (titular o cónyuge, según sea el caso)

1. Formato "Declaración de Beneficiarios", llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.

2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante.
10. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado titular formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Si el fallecimiento fue a causa de un accidente, favor de presentar:

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).

4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los Beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Básica Fallecimiento Mancomunado del Asegurado Titular (MTEM)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso de la cobertura básica de fallecimiento mancomunado del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Asegurado mancomunado.- Persona física que se presenta conjuntamente con el Asegurado titular quien se encuentra expuesta al riesgo cubierto por la Póliza, bajo la misma solicitud, Consentimiento / Certificado de seguro.

Cobertura

Si el Asegurado titular o el Asegurado mancomunado fallecen durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla.

Con el fallecimiento del Asegurado titular o del Asegurado mancomunado, esta cobertura permanecerá vigente para el superviviente hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, las coberturas adicionales se cancelan respectivamente para el asegurado fallecido. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular y éste llegara a fallecer, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero.

En caso de fallecimiento del Asegurado mancomunado, en la siguiente renovación se podrá otorgar como cobertura básica la que corresponda únicamente al riesgo del Asegurado titular.

Si el Asegurado titular y el Asegurado mancomunado sobreviven al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con otra cobertura básica. En caso de haberse otorgado o aparecer indicadas en la carátula de la Póliza, una o más coberturas

básicas se cancelarán y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Prima

La prima de esta cobertura está incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular y Asegurado mancomunado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular o el Asegurado mancomunado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado (titular o mancomunado, según sea el caso)

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.

5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante.
10. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado titular formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Si el fallecimiento fue a causa de un accidente, favor de presentar:

Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

1. Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
2. Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
3. Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
4. Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
5. Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
6. Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los Beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cláusula de Anticipo Inmediato por Fallecimiento del Asegurado Titular (CAIF)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cláusula de anticipo inmediato por fallecimiento del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

La Compañía, a solicitud del Contratante o Beneficiario, realizará un pago parcial de la suma asegurada de la cobertura básica al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular, siempre que la Póliza y el Certificado correspondiente se encuentren en vigor. Dicho pago se realizará al Beneficiario designado al efecto en la Póliza, con la sola presentación del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago que corresponda se hará a aquél que presente a la Compañía el certificado médico de defunción en original y copia fotostática, siempre que su parte de la indemnización de la cobertura básica sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía será descontada de la liquidación final a la que el Beneficiario tuviere derecho.

Límite máximo

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza correspondiente, y de acuerdo al límite monetario ahí estipulado.

En caso de no aparecer indicado, el anticipo que realizará la Compañía será de hasta el 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI).

Prima

Esta cláusula se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago del anticipo inmediato por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Carta original del Beneficiario que solicita el anticipo.
2. Certificado de defunción del Asegurado titular.
3. Identificación oficial vigente del Beneficiario con firma y fotografía.
4. Consentimiento/Certificado/designación de Beneficiarios con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cláusula de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal del Asegurado Titular (AET) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cláusula de anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Enfermedad terminal.- Se entenderá por enfermedad terminal, cualquier padecimiento de carácter irreversible, progresivo e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediablemente a la muerte del Asegurado titular, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuyo pronóstico de vida para el Asegurado titular sea menor de 6 (seis) meses.

Cobertura

Si al Asegurado titular se le diagnostica por primera vez una enfermedad terminal, el Asegurado titular o su representante legal solicitará a la Compañía, el pago de un anticipo de la suma asegurada de la cobertura básica, siempre que el diagnóstico de la enfermedad terminal haya sido posterior a 6 (seis) meses de la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual del Asegurado titular. El anticipo será pagado por la Compañía después de que hayan transcurrido 3 (tres) meses de la fecha de diagnóstico de la enfermedad terminal.

El Asegurado titular o su representante legal deberá presentar a la Compañía, solicitud por escrito del pago anticipado, así como dictamen avalado por una Institución del Sistema Nacional de Salud o un Médico Especialista, que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la enfermedad terminal, así como todos los exámenes, análisis y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la enfermedad terminal del Asegurado titular y en su caso, someterse a las evaluaciones, revisiones y análisis que la Compañía le solicite.

Una vez que la Compañía haya realizado el pago del anticipo por enfermedad terminal, el Contratante continuará con el pago de las primas del Asegurado titular a quién se le haya diagnosticado la enfermedad terminal, es decir, no se exime del pago de primas.

La cantidad que la Compañía pague como anticipo por enfermedad terminal, será descontada de la suma asegurada de la cobertura básica y en consecuencia de la liquidación final a que los Beneficiarios tengan derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta cláusula.

Limite máximo

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, y de acuerdo al límite monetario ahí estipulado.

En caso de no aparecer indicado, el anticipo que realizará la Compañía será de hasta el 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI).

Prima

Esta cláusula se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Exclusiones

- 1. Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado titular.**
- 2. Enfermedades diagnosticadas en fecha anterior al alta del Asegurado titular en esta Póliza.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago del anticipo por enfermedad terminal del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Solicitud de pago del anticipo por enfermedad terminal.
2. Formato de “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”, original.

3. Formato “Informe médico cobertura enfermedades graves y enfermedades terminales”, original.
4. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la enfermedad terminal.
5. Todos los exámenes, análisis historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la enfermedad terminal del Asegurado titular.
6. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
7. Identificación oficial con firma y fotografía del Asegurado titular.
8. Comprobante de domicilio del Asegurado titular, no mayor de 3 meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).
9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) .
10. Si el Asegurado titular ingresó a la empresa después de la última renovación, original del aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador.
11. Si la Póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular (SAIT)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso de la cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total y permanente del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado titular, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado titular.

Invalidez total y permanente.- Se considerará invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado titular en la fecha de contratación de esta cobertura, por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante el periodo de espera indicado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. También se considerará como invalidez total y permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, de las dos manos, de los dos pies, de una mano y un pie, de una mano y la vista de un ojo (en forma conjunta) y de un pie y la vista de un ojo (en forma conjunta); en estos casos no aplica periodo de espera.

Se entiende por:

1. Pérdida de una mano: su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie: su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista de un ojo: pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Periodo de carencia.- Tiempo durante el cual la cobertura de invalidez total y permanente no está activa. El estado de invalidez total y permanente que se diagnostique en este período, no será cubierto por la Póliza, con excepción del causado por un accidente. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo.

Periodo de espera.- Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente y la fecha en que dicho estado debe continuar.

Cobertura

Si el Asegurado titular se invalida total y permanentemente durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará al Asegurado titular la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular en virtud de su capacidad económica.

El pago de la suma asegurada será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual, al mismo tiempo, el Asegurado titular será dado de baja de la Póliza del grupo asegurado cancelándose todas las coberturas adicionales contratadas para él. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

En caso de diferentes periodos de espera, prevalece el indicado en la carátula de la Póliza. Si en la Póliza no se indica periodo de espera o se indican 2 (dos) o más, se considera que el periodo de espera es de 6 (seis) meses.

Para el periodo de espera de 0 (cero) meses, es decir, sin periodo de espera, aplica el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual. En caso de no aparecer indicado, se considera que el periodo de carencia es de 3 (tres) meses.

Si el Asegurado titular no adquiere un estado de invalidez total y permanente al finalizar el plazo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura básica de fallecimiento o invalidez total y permanente. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura adicional de pago de suma asegurada por invalidez total y permanente se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 64 años y la edad de cancelación será a los 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

La Compañía no cubrirá la invalidez total y permanente cuando esta sea originada por alguna de las siguientes circunstancias:

- 1. Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**

- 2. Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
 - 3. Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
 - 4. Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
 - 5. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
 - 6. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
 - 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.**
 - 9. Radiaciones atómicas.**
 - 10. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**
- Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.**
- 11. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
 - 12. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por invalidez total y permanente del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado titular, original.
2. Formato “Informe médico para el pago para el pago de suma asegurada en caso de invalidez total o pérdida de miembros”, original.
3. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
4. Identificación oficial del Asegurado titular con firma y fotografía.
5. Comprobante de domicilio del Asegurado titular no mayor a 3 (tres) meses.
6. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado titular (en su caso).
7. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
8. Consentimiento/Certificado/designación de Beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante.
9. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
10. Actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, en sus partes de: Fe de Hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados (Toxicológicos, alcoholemia, balística, etc.).
11. Dictamen de Invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su forma ST-4, o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA); en caso de no contar con éste, historia clínica, así como resultados de estudios radiológicos, de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.

12. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado titular, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado titular como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula “Arbitraje” de las Condiciones generales de esta Póliza.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular (SSAI)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de seguro saldado por invalidez total y permanente del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado titular, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado titular.

Invalidez total y permanente.- Se considerará invalidez total y permanente, la afectación involuntaria de las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado titular en la fecha de contratación de esta cobertura, por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibiliten permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante el periodo de espera indicado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. También se considerará como invalidez total y permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, de las dos manos, de los dos pies, de una mano y un pie, de una mano y la vista de un ojo (en forma conjunta) y de un pie y la vista de un ojo (en forma conjunta); en estos casos no aplica periodo de espera.

Se entiende por:

1. Pérdida de una mano: su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie: su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista de un ojo: pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.



Periodo de carencia. Tiempo durante el cual la cobertura de invalidez total y permanente no está activa. El estado de invalidez total y permanente que se diagnostique en este período, no será cubierto por la Póliza, con excepción del causado por un accidente. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo.

Periodo de espera. Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha en que se dictamine el estado de invalidez total y permanente y la fecha en que dicho estado debe continuar.

Cobertura

Si el Asegurado titular sufre una invalidez total y permanente, la Compañía conviene en otorgarle una Póliza individual de seguro ordinario de vida sin opción a contratar coberturas adicionales, cuya suma asegurada corresponderá a la que tenía contratada para el beneficio básico y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Si el Asegurado titular no adquiere un estado de invalidez total y permanente al finalizar el plazo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para la Compañía.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular en virtud de su capacidad económica.

La póliza individual de seguro ordinario de vida iniciará su vigencia una vez transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula de esta Póliza y/o en el Certificado individual y terminará al fallecimiento del Asegurado titular. En este caso, la póliza de seguro de vida individual que se otorgue al Asegurado, no incluye beneficios adicionales y no permite otorgar valores garantizados.

En caso de diferentes periodos de espera, prevalece el indicado en la carátula de la Póliza. Si en la Póliza no se indica periodo de espera o se indican 2 (dos) o más, se considera que el periodo de espera es de 6 (seis) meses.

Con la aceptación de la póliza individual de seguro ordinario de vida, el Asegurado titular causa baja del grupo asegurado. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Para el periodo de espera de 0 (cero) meses, es decir, sin periodo de espera, aplica el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer indicado, se considera que el periodo de carencia es de 3 (tres) meses.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para este beneficio se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 64 años y con edad de cancelación de 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Estos beneficios no cubren la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

1. Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.
2. Lesiones o enfermedades sufridas en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.

- 3. Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
 - 4. Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
 - 5. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**
 - 6. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
 - 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.**
 - 9. Radiaciones atómicas.**
 - 10. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**
- Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.**
- 11. Lesiones que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
 - 12. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el seguro saldado por invalidez total y permanente del Asegurado titular (Póliza individual de seguro ordinario de vida), la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado titular, original.
2. Formato “Informe médico para el pago para el pago de suma asegurada en caso de invalidez total o pérdida de miembros”, original.
3. Acta de nacimiento del Asegurado titular.
4. Identificación oficial del Asegurado titular con firma y fotografía.
5. Comprobante de domicilio del Asegurado titular no mayor a 3 (tres) meses.
6. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado titular (en su caso).
7. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado titular ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo.
8. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado titular y del Contratante.
9. Si el Asegurado titular ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado titular formaba parte activa del grupo asegurado.
10. Actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos, en sus partes de: Fe de Hechos, incluyendo resultados de los exámenes realizados (Toxicológicos, alcoholemia, balística, etc.).

11. Dictamen de Invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su forma ST-4, o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA); en caso de no contar con éste, historia clínica, así como resultados de estudios radiológicos, de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.

12. Si la Póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado titular, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado titular como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula "Arbitraje" de las Condiciones generales de esta Póliza.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Muerte Accidental (MA)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte accidental se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a sus familiares (según sea el caso), siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que estos últimos han sido amparados bajo esta cobertura.

Cobertura

Si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y durante los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de haber ocurrido, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Si el Asegurado no muere a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores a éste, la responsabilidad de la Compañía concluye con respecto a esta cobertura.

Con el fallecimiento del Asegurado titular y en caso de que sus familiares tengan contratada ésta o alguna otra cobertura adicional, éstas quedará en vigor para los familiares hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

1. **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.**



- 2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 4. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.**
- 5. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- 6. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 7. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.**
- 9. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 10. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- 11. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.**
- 12. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

14. Al presentarse la muerte 90 (noventa) días después del accidente.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte por accidente del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato "Declaración de Beneficiarios", llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato "Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento", llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.

10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

- Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
- Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
- Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
- Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
- Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.



5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los Beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional por Muerte Accidental y Perdidas Orgánicas Escala A (MAPO – A) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas escala A se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a sus familiares (según sea el caso), siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que estos últimos han quedado amparados bajo esta cobertura.

COBERTURA

La Compañía pagará al propio Asegurado o a los Beneficiarios designados, el porcentaje que corresponda de la suma asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual para esta cobertura de acuerdo con la “Tabla de indemnizaciones escala A”, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado individual, el Asegurado llegara a fallecer o sufriera pérdidas orgánicas al momento del accidente y dentro de los 90 (noventa) días posteriores a éste.

En caso de que el Asegurado llegara a sufrir varias perdidas orgánicas, la indemnización máxima que se pagará será del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, es decir, la responsabilidad de la Compañía no excederá de la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza y/o Certificado individual aun cuando el Asegurado sufiere, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones.

Tabla de indemnizaciones escala A

Tipo de Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de 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%

Se entenderá por:

- 1. Pérdida de una mano.** La anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- 2. Pérdida de un pie.** La anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- 3. Pérdida de la vista.** La privación completa y definitiva de la visión.
- 4. Pérdida de un dedo.** La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de 2 (dos) falanges completas cuando menos.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de 90 (noventa) días posteriores al accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente mencionadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá siempre y cuando:

- a. Se presenten a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas amparadas, provinieron de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.
- b. El fallecimiento del Asegurado o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el accidente.

El pago relativo a la vida del Asegurado se hará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, y el pago que corresponda por cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado no muere o no sufre pérdidas orgánicas a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente, la responsabilidad de la Compañía concluye respecto a esta cobertura.

Con el fallecimiento del Asegurado titular y en caso de que sus familiares tengan contratada ésta o alguna otra cobertura adicional, éstas quedarán en vigor para los familiares hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. Cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada de esta cobertura.
4. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

1. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.
2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
4. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.
5. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.
6. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
7. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.
8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.

9. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

10. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

11. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.

12. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

14. Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas 90 (noventa) días después del accidente.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte accidental o pérdidas orgánicas del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de seguro.

Documentos

- ✓ **Muerte accidental**

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.

2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.
12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:
 - Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
 - Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
 - Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
 - Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
 - Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).

- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ Pérdidas Orgánicas

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado, original.
2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”, original.
3. Actuaciones del ministerio público que tomo parte de los hechos, en sus partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística, etc.).
4. Expediente clínico completo, forma ST-3 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez en caso de no contar con atención médica de seguridad social.

5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
10. Consentimiento/Certificado/designación de Beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante, original.
11. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
12. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala B (MAPO – B)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas escala B se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a sus familiares (según sea el caso), siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que estos últimos han quedado amparados bajo esta cobertura.

Cobertura

La Compañía pagará al propio Asegurado o a los Beneficiarios designados el porcentaje que corresponda de la suma asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual para esta cobertura de acuerdo con la “Tabla de indemnizaciones escala B”, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado individual, el Asegurado llegara a fallecer o sufriera pérdidas orgánicas al momento del accidente y dentro de los 90 (noventa) días posteriores a este.

En caso de que el Asegurado llegara a sufrir varias pérdidas orgánicas, la indemnización máxima que se pagará será del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, es decir, la responsabilidad de la Compañía no excederá de la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza y/o Certificado individual aun cuando el Asegurado sufiere, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones.

Tabla de indemnizaciones escala B

Tipo de Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista. La privación completa y definitiva de la visión.
4. Pérdida de un dedo. La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de 2 (dos) falanges completas cuando menos.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de 90 (noventa) días posteriores al accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente mencionadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá siempre y cuando:

- a. Se presenten a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas amparadas, provinieron de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.
- b. El fallecimiento del Asegurado o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el accidente.

El pago relativo a la vida del Asegurado se hará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, y el pago que corresponda por cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado no muere o no sufre pérdidas orgánicas a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente, la responsabilidad de la Compañía concluye respecto a esta cobertura.

Con el fallecimiento del Asegurado titular y en caso de que sus familiares tengan contratada ésta o alguna otra cobertura adicional, éstas quedará en vigor para los familiares hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. Cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada del beneficio.
4. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

1. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.
2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
4. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.
5. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma

directa.

6. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

7. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.

8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.

9. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

10. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

11. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.

12. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

14. Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas 90 (noventa) días después del accidente.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte accidental o pérdidas orgánicas del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

✓ Muerte accidental

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

- Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
- Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
- Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
- Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
- Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ **Pérdidas orgánicas**

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado, original.
2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros”, original.
3. Actuaciones del ministerio público que tomo parte de los hechos, en sus partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística, etc.).
4. Expediente clínico completo, forma ST-3 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaria de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez en caso de no contar con atención médica de seguridad social.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
10. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
11. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
12. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala A Colectivo (MAPOC – A)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas escala A colectivo se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a sus familiares (según sea el caso), siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que estos últimos han quedado amparados bajo esta cobertura.

Accidente colectivo.- Se entenderá por accidente colectivo:

- a. Accidente que sufra en un vehículo que no sea aéreo en el cual viajare el Asegurado como pasajero, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b. Accidente que sufra en un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el Asegurado (con exclusión de los ascensores de las minas, pozos petroleros, construcciones o similares); o

c. Accidente a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el Asegurado al manifestarse dicho incendio.

Cobertura

De acuerdo a la indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la “Tabla de Indemnizaciones Escala A”, la Compañía duplicará dicha indemnización cuando el fallecimiento o las pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado resulten de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente.

Tabla de indemnizaciones escala A

Tipo de Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de 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%

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsfalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista. La privación completa y definitiva de la visión.

4. Pérdida de un dedo. La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de 2 (dos) falanges completas cuando menos.

En caso de que el Asegurado llegara a sufrir varias pérdidas orgánicas, la indemnización máxima que se pagará será del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, es decir, la responsabilidad de la Compañía no excederá de la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza y/o Certificado individual aun cuando el Asegurado sufre, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de 90 (noventa) días posteriores al accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente mencionadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá siempre y cuando:

- a. Se presenten a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas amparadas, provinieron de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.
- b. El fallecimiento del Asegurado o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el accidente colectivo.

El pago relativo a la vida del Asegurado se hará a los beneficiarios designados en el Consentimiento, y el pago que corresponda por cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado no muere o no sufre pérdidas orgánicas a causa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente, la responsabilidad de la Compañía concluye con respecto a esta cobertura.

Con el fallecimiento del Asegurado titular y en caso de que sus familiares tengan contratada ésta o alguna otra cobertura adicional, éstas quedará en vigor para los familiares hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. Cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada del beneficio.
4. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

1. **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.**



- 2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 4. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.**
- 5. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- 6. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 7. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.**
- 9. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 10. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- 11. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.**
- 12. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

14. Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas 90 (noventa) días después del accidente colectivo.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte accidental o pérdidas orgánicas colectivo del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

✓ Muerte accidental

Asegurado

1. Formato "Declaración de Beneficiarios", llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados original.
2. Formato "Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento", llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento original.
3. Acta de defunción del Asegurado original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.

10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

- Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
- Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
- Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
- Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
- Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.

6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ **Pérdidas orgánicas**

1. Formato “Declaración de invalidez o pérdida de miembros”, requisitada y firmada por el Asegurado original.

2. Formato “Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros” original.

3. Actuaciones del ministerio público que tomo parte de los hechos, en sus partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística, etc.).

4. Expediente clínico completo, forma ST-3 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaria de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez en caso de no contar con atención médica de seguridad social.

5. Acta de nacimiento del Asegurado.

6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.

7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.

8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).

9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.

10. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.

11. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

12. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala B Colectivo (MAPOC – B) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte accidental y pérdidas orgánicas escala B colectivo se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado, dentro de los siguientes 90 (noventa) días de ocurrido el evento. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente colectivo.- Se entenderá por accidente colectivo:

- a. Accidente que sufra en un vehículo que no sea aéreo en el cual viajare el Asegurado como pasajero, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b. Accidente que sufra en un ascensor que opere para servicio público en el cual viajare el Asegurado (con exclusión de los ascensores de las minas, pozos petroleros, construcciones o similares); o
- c. Accidente a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el Asegurado al manifestarse dicho incendio.

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a sus familiares (según sea el caso), siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que estos últimos han quedado amparados bajo esta cobertura.

Cobertura

De acuerdo a la indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la “**Tabla de Indemnizaciones Escala B**”, la Compañía duplicará dicha indemnización cuando el fallecimiento o las pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado resulten de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente.

Tabla de indemnizaciones Escala B

Tipo de Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Se entenderá por:

1. Pérdida de una mano. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiana y articulación de muñeca; y/o su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
2. Pérdida de un pie. La anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana; y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
3. Pérdida de la vista. La privación completa y definitiva de la visión.
4. Pérdida de un dedo. La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de 2 (dos) falanges completas cuando menos.

En caso de que el Asegurado llegara a sufrir varias pérdidas orgánicas, la indemnización máxima que se pagará será del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura, es decir, la responsabilidad de la Compañía no excederá de la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza y/o Certificado individual aun cuando el Asegurado sufre, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de 90 (noventa) días posteriores al accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente mencionadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado.

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá siempre y cuando:

- a. Se presenten a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas amparadas, provinieron de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.
- b. El fallecimiento del Asegurado o la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el accidente colectivo.

El pago relativo a la vida del Asegurado se hará a los beneficiarios designados en el Consentimiento, y el pago que corresponda por cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado no muere o no sufre pérdidas orgánicas a causa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente, la responsabilidad de la Compañía concluye con respecto a esta cobertura.

Con el fallecimiento del Asegurado titular y en caso de que sus familiares tengan contratada ésta o alguna otra cobertura adicional, éstas quedará en vigor para los familiares hasta el fin de vigencia de la póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.

3. Cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada del Beneficio.
4. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

- 1. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.**
- 2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 4. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.**
- 5. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- 6. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 7. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.**
- 9. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 10. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- 11. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.**

12. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

14. Al presentarse la muerte o las pérdidas orgánicas 90 (noventa) días después del accidente colectivo.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte accidental o pérdidas orgánicas del Asegurado, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

✓ Muerte accidental

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados”, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.

6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.
12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:
 - Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
 - Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
 - Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
 - Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
 - Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
 - Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

✓ Pérdidas Orgánicas

1. Formato "Declaración de invalidez o pérdida de miembros", requisitada y firmada por el Asegurado, original.
2. Formato "Informe médico para el pago de suma asegurada en caso de invalidez o pérdida de miembros, original.
3. Actuaciones del ministerio público que tomo parte de los hechos, en sus partes de: fe de hechos, incluyendo resultados de los exámenes (Toxicológicos, balística, etc.).
4. Expediente clínico completo, forma ST-3 expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez en caso de no contar con atención médica de seguridad social.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.

6. Identificación oficial vigente del Asegurado con firma y fotografía.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
8. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
10. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
11. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
12. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Muerte por Accidente de Trabajo (MAT)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de muerte por accidente de trabajo se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Accidente de trabajo.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta por el hecho o en ocasión de su trabajo habitual, o en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo, que produce la muerte del Asegurado titular. No se considera accidente de trabajo, la muerte provocada intencionalmente por el propio Asegurado titular.

Cobertura

Si el Asegurado titular muere como consecuencia directa de un accidente de trabajo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y durante los 90 (noventa) días posteriores a éste, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Con el fallecimiento del Asegurado titular todas las coberturas adicionales para él quedan sin efecto. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Si el Asegurado titular no muere a consecuencia de un accidente de trabajo durante la vigencia de la cobertura y dentro de los 90 (noventa) días posteriores al accidente, la responsabilidad de la Compañía concluye con respecto a esta cobertura.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con alguna otra cobertura de accidentes. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada, estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y la edad de cancelación será a los 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Los beneficios por accidente no cubren la indemnización por muerte o lesiones del Asegurado, que resulten a consecuencia de las siguientes contingencias:

1. Accidentes que no satisfagan la definición de accidente de trabajo contenida en estas condiciones particulares.
2. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean motivadas por las lesiones accidentales.
3. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.



- 4. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- 5. Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas que lo provoquen.**
- 6. Actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- 7. Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 8. Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- 9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos. Para el caso de Accidente Colectivo se excluyen accidentes ocurridos en todo tipo de aeronaves.**
- 10. Accidentes que ocurran por participación directa del Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 11. Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- 12. Accidentes que ocurran en la realización de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, u otras actividades igualmente peligrosas.**
- 13. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto las prescritas por un médico.**

Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

14. Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por muerte por accidente de trabajo del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

12. Copia certificada legible de las actuaciones del Ministerio Público que tomó parte de los hechos del fallecimiento, en sus partes de:

- Fe de hechos (qué, dónde, cuándo, cómo, por qué ocurrió el siniestro).
- Identificación del cadáver (reconocimiento del cuerpo como el del Asegurado por parte de dos o más personas conocidas del mismo).
- Autopsia (determinación de causa de muerte) o Dispensa de Ley (excepción legal por la cual no se procede con la autopsia).
- Prueba de alcoholemia (detección de alcohol en sangre).
- Pruebas toxicológicas (detección de drogas de abuso en sangre).
- Balística y pruebas de deflagración (detección de pólvora en manos en caso de haber armas de fuego involucradas en el siniestro).

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.

6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número:_____

Endoso Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (EG) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de enfermedades graves se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones y exclusiones particulaes

Asegurado.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como Asegurado tanto al Asegurado titular como a su cónyuge, siempre que en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual se especifique que este último ha quedado amparado bajo esta cobertura.

Cáncer.- Presencia de una 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 claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias excepto la leucemia linfática crónica y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodking.

Exclusiones particulares

1. Cáncer “in situ”, entendido éste, como cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos, incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.
2. Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
3. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.
4. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3.
5. Leucemia linfática crónica.
6. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
7. Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).
8. Enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodking.

Cirugía arterio-coronaria (By-pass).- Realización del injerto para la derivación de la arteria coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la arteria coronaria. Significa la realización del injerto para la derivación de una o más arterias coronarias que están estrechadas u ocluidas; vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la o las arterias coronarias. La realización de la cirugía debe ser confirmada por un médico especialista en cirugía cardiovascular.

Exclusiones particulares

Quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía como:

1. La angioplastia y cualquier otro procedimiento intra-arterial.
2. El tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.
3. Operaciones de las válvulas del corazón, por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
4. Cirugía por toracotomía mínima.

Derrame e infarto cerebral.- Padecer un ataque de apoplejía como resultado de un evento cerebro-vascular. La apoplejía debe dar como resultado déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible del Asegurado para:

- a. Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una planta o,
- b. Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible o,
- c. Comunicarse con su ambiente por medio de lenguaje verbal.

La evaluación de las condiciones antes mencionadas no debe realizarse antes de 3 meses de haberse presentado el evento de la apoplejía y el diagnóstico debe ser confirmado por un especialista (Médico Neurólogo o Neurocirujano). Debe existir evidencia clara en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen apropiada de que el evento de la apoplejía ha ocurrido y alguno de los siguientes eventos:

- a. Infarto del tejido cerebral; o
- b. Hemorragia intracraneal o sub-aracnoidea
- c. Embolización originada en una fuente extracraneal

Exclusiones particulares

- 1. Los síntomas cerebrales debidos a migraña, lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia y enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares.**
- 2. Ataque isquémico transitorio, isquemia cerebral pasajera, déficit neurológico reversible, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales y hemorragia por cirugía cerebral.**

Infarto de miocardio.- Diagnostico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardiaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área comprometida del corazón. El diagnóstico debe ser confirmado por médico especialista en cardiología.

Se deben satisfacer todos los siguientes criterios:

- a. Dolor torácico típico, que sea sugestivo de infarto cardiaco.
- b. Incremento diagnóstico de marcadores cardiacos específicos característicos para infarto cardiaco.
- c. Alteraciones en el electrocardiograma que sean confirmatorias o nuevos cambios característicos de infarto cardiaco.
- d. Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anormalidades en la movilidad de la pared secundarias al infarto cardiaco.

Para el pago de este beneficio se procede siempre y cuando el infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros tres o cuatro días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología.

Exclusiones particulares

1. Reinfarto, angina de pecho estable o inestable, angina de Prinzmetal.
2. El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I o T.
3. Infarto del miocardio silente o silencioso.

Insuficiencia renal crónica.- Falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se hace necesario realizar regularmente (por lo menos una vez por semana) diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requerir de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por médico especialista en nefrología.

Exclusiones particulares

1. **Insuficiencia renal aguda.**

Periodo de carencia.- Tiempo durante el cual esta cobertura no está activa. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del Certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo asegurado.

Enfermedad.- Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada durante la vigencia de la Póliza por un profesional de la salud legalmente autorizado y calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

Enfermedad congénita.- Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del mismo.

Médico.- Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado por el país en que ejerce su profesión.

Médico especialista.- Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalado por el colegio de la especialidad de que se trate.

Cobertura

Si al Asegurado se le diagnostica por primera vez alguna de las enfermedades amparadas mediante esta cobertura durante su vigencia y después de transcurrido el periodo de carencia indicado en la caratula de la póliza y/o Certificado individual, la Compañía paga al propio Asegurado la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual. Si en la carátula de la póliza y/o Certificado individual no se especifica, el periodo de carencia corresponderá a 90 (noventa) días.

En caso de que en la caratula de la Póliza o Certificado individual no se especifique el monto de suma asegurada o regla para determinarla la Compañía pagará lo correspondiente al 30% de la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) indicada en la carátula de la Póliza.

Ampara el riesgo de que el Asegurado padezca una enfermedad grave durante la vigencia de la cobertura. Sólo se cubre la primera enfermedad grave.

Las enfermedades graves cubiertas son las siguientes:

1. Infarto al miocardio.
2. Enfermedad vascular cerebral. Hemorragia, embolia o trombosis.
3. Revascularización de coronarias (By-Pass) por angina de pecho o insuficiencia coronaria.
4. Cáncer.
5. Insuficiencia renal.

Esta cobertura adicional se cancela al presentarse la primera enfermedad grave y no puede ser renovada.

Si al Asegurado no le es diagnosticada alguna de las enfermedades graves descritas anteriormente durante la vigencia de la cobertura, la responsabilidad de la Compañía concluye respecto a esta cobertura.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de cáncer femenino y/o masculino para el mismo Asegurado. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 18 a 64 años y con edad de cancelación de 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
4. Al presentarse la primera enfermedad grave.

Exclusiones

Además de las exclusiones particulares de cada enfermedad, el beneficio por enfermedades graves no cubren la indemnización, cuando el diagnostico sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes contingencias:

1. Enfermedades no señaladas en forma explícita como cubiertos por este beneficio.
2. Cualquier condición de salud anterior, conocida o no por el Asegurado o que debió ser conocida con anterioridad al alta del Asegurado, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad, lesión o defecto que se haya manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de la alta del Asegurado en la presente Póliza.
3. Anomalías congénitas y todo lo que se relacione, directa o indirectamente, con ellas.
4. Lesiones o enfermedades causados por fisión o fuerza radioactiva o química.
5. Lesiones o enfermedades causadas por el uso o escape de materiales nucleares que resulten en reacción nuclear directa o indirectamente o contaminación radiactiva así como la dispersión, derramamiento o aplicación de materiales químicos o biológicos tóxicos.
6. Lesiones o enfermedades consecuencia de infecciones oportunistas, neoplasias malignas o demás enfermedades asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o aquellas manifestadas en los pacientes con examen positivo de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

- 7. Diagnóstico efectuado por prácticas diferentes a la medicina alopática u otros prestadores de salud no especificados en esta póliza o por personas que no sean profesionales de la ciencia médica.**
- 8. Lesiones o enfermedades que se diagnostiquen durante el periodo de espera.**
- 9. Padecimientos que aún y cuando estén señalados como padecimientos cubiertos su diagnóstico sea posterior al primer diagnóstico.**
- 10. Lesiones o enfermedades causadas por intento de suicidio o auto inflingidas intencionalmente, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- 11. Lesiones o enfermedades causadas sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- 12. Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- 13. Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos de carácter estético.**
- 14. La participación del Asegurado como conductor o competidor en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
- 15. Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
- 16. Cualquier indemnización solicitada para este beneficio que se base en un diagnóstico realizado por una persona que no sea médico especialista en el padecimiento o que sea miembro de la familia del Asegurado sin importar si la persona es un médico especialista.**
- 17. Lesiones del Asegurado que se produzcan por participar en servicio militar, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones, actos de guerra, terrorismo en los que participe directamente como sujeto activo, rebelión o insurrección.**
- 18. Tratamientos y padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado por la ingesta de alcohol, alcoholismo o toxicomanías.**
- 19. Abuso de drogas y/o alcohol.**
- 20. Complicaciones de enfermedades preexistentes.**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por diagnóstico de enfermedad grave del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Solicitud de pago por enfermedad grave.
2. Formato de “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”.
3. Formato “Informe médico. Cobertura enfermedades graves”.
4. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la enfermedad terminal.
5. Todos los exámenes, análisis historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la enfermedad terminal del Asegurado titular.
6. Acta de Nacimiento del Asegurado.
7. Identificación oficial con firma y fotografía del Asegurado.
8. Comprobante de domicilio del Asegurado, no mayor de 3 meses.
9. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
10. Si el Asegurado ingresó a la empresa después de la última renovación, original del aviso de alta ante el IMSS, ISSSTE o contrato individual del trabajador
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

Adicional a la documentación anterior, es necesario entregar, de acuerdo al tipo de enfermedad lo siguiente:

Cáncer:

1. Informe histopatológico por escrito de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Infarto al miocardio:

1. Historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
2. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
3. Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
4. Estudio radioisotópico del muslo cardíaco y ecocardiograma.

Derrame e infarto cerebral:

1. Diagnóstico inequívoco que registre un déficit neurológico, ya sea reversible o irreversible.

Insuficiencia renal crónica:

1. El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesaria diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Cáncer Femenino (CF)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de cáncer femenino se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Cáncer.- Presencia de una 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 claramente definida.

Cáncer femenino.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como cáncer femenino a la presencia de:

- a. Cáncer cervicouterino, o
- b. Cáncer de mama

Cáncer cervicouterino.- Tumoración maligna que se origina en el epitelio del cuello del útero y que ha sobrepasado la membrana basal con una profundidad de más de 3 milímetros.

Cáncer de mama.- Masa tumoral maligna que se localiza en los ductos o lobulillos mamarios, de tipo invasivo o infiltrante por que penetra a través del tejido normal más allá de los ductos o lobulillos. Dicha masa tumoral mide 2 o más centímetros y/o se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Cáncer preexistente.- Cáncer para el cual se cuente con las pruebas que se indican a continuación:

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio de diagnóstico.

b. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de cáncer, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

c. Que previamente a la celebración del contrato, la Asegurada haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de cáncer.

Periodo de carencia.- Tiempo durante el cual esta cobertura no está activa. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del Certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo asegurado.

Cobertura

Si a la Asegurada titular o cónyuge del Asegurado titular (en su caso) se le diagnostica por primera vez cáncer femenino durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el periodo de carencia especificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual, la Compañía pagará a la Asegurada la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual. Si en la carátula de la póliza y/o Certificado individual no se especifica, el periodo de carencia corresponderá a 90 (noventa) días.

En caso de que en la caratula de la Póliza o Certificado individual no se especifique el monto de suma asegurada o regla para determinarla la Compañía pagará lo correspondiente al 30% de la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) indicada en la carátula de la Póliza.

El cáncer femenino deberá ser confirmado por un oncólogo calificado y se demostrará mediante evidencia histológica o citológica con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en biopsia, cirugía, endoscopia, radiología y/u otro método de imagen que confirme el diagnóstico. Sólo se cubre el primer diagnóstico de cáncer.

El oncólogo deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y no deberá ser la persona Asegurada o miembro de su familia.

Al presentarse el primer diagnóstico de cáncer, la cobertura no puede ser renovada para la Asegurada.

Si a la Asegurada no es diagnosticada con algún tipo de cáncer cubierto por esta cobertura durante su vigencia, la responsabilidad de la Compañía concluye respecto a esta cobertura.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de Enfermedades Graves (EG) para el mismo asegurado. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 18 a 64 años y con edad de cancelación de 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para la Asegurada al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que la Asegurada cumpla la edad de cancelación para esta cobertura.
3. En el momento que el Asegurado o Asegurada deje de pertenecer al grupo asegurado.
4. Cuando se haya presentado el primer diagnóstico de cáncer.

Exclusiones

La Compañía no será responsable del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

- a. Enfermedades distintas al Cáncer Femenino de acuerdo a la definición establecida en este Contrato.**
- b. Cáncer preexistente diagnosticado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura o alta de la Asegurada.**
- c. Cáncer que sea diagnosticado por un médico familiar de la Asegurada o que habite en el mismo domicilio que la Asegurada al emitir el diagnóstico de cáncer femenino.**
- d. Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, estimulantes, sedantes, psicoactivos, enervantes, psicodélicos, depresivos y antidepresivos, excepto cuando hubieran sido ingeridos por prescripción médica.**
- e. Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.**
- f. Cáncer “in situ”, entendiendo éste, como cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos, incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.**
- g. Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.**
- h. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.**
- i. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3.**
- j. Leucemia linfática crónica.**

k. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

l. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer femenino posterior a la primer reclamación.

m. Enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodking.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por diagnóstico de cáncer de la Asegurada titular o cónyuge del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Formato de “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”.
2. Formato “Informe médico. Cobertura enfermedades graves”.
3. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la enfermedad terminal.
4. Todos los exámenes, análisis historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la enfermedad terminal del Asegurado titular.
5. Acta de Nacimiento del Asegurado.
6. Identificación oficial vigente con firma y fotografía del Asegurado.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.

9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.
12. Diagnóstico de cáncer femenino confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio. El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico especialista en el tratamiento de la enfermedad correspondiente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Cáncer Masculino (CM)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de cáncer masculino se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Cáncer.- Presencia de una 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.

Cáncer masculino.- Para efectos de esta cobertura se entenderá como cáncer masculino a la presencia de:

- a. Cáncer de próstata, de pene y/o testículos.

Cáncer preexistente.- Cáncer para el cual se cuente con las pruebas que se indican a continuación:

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio de diagnóstico.
- b. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de cáncer, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. Que previamente a la celebración del contrato, la Asegurada haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de cáncer.

Periodo de carencia.- Tiempo durante el cual esta cobertura no está activa. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la póliza o del Certificado individual para los casos en que el Asegurado titular entre con posterioridad al grupo asegurado.

Cobertura

Si al Asegurado titular o cónyuge de la Asegurada titular (según sea el caso) se le diagnostica por primera vez cáncer masculino durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el periodo de carencia especificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual, la Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual. Si en la carátula de la póliza y/o Certificado individual no se especifica, el periodo de carencia corresponderá a 90 (noventa) días.

En caso de que en la caratula de la Póliza o Certificado individual no se especifique el monto de suma asegurada o regla para determinarla la Compañía pagará lo correspondiente al 30% de la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) indicada en la carátula de la Póliza.

El cáncer masculino deberá ser confirmado por un oncólogo calificado y se demostrará mediante evidencia histológica o citológica con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en biopsia, cirugía, endoscopia, radiología y/u otro método de imagen que confirme el diagnóstico. Sólo se cubre el primer diagnóstico de cáncer.

El oncólogo deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y no deberá ser la persona Asegurada o miembro de su familia.

Al presentarse el primer diagnóstico de cáncer, la cobertura no podrá ser renovada para el Asegurado.

Si al Asegurado no es diagnosticado con algún tipo de cáncer cubierto por esta cobertura durante su vigencia, la responsabilidad de la Compañía concluye respecto a esta cobertura.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de Enfermedades Graves (EG) para el mismo Asegurado. En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 18 a 64 años y con edad de cancelación de 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de cancelación para esta cobertura.
3. En el momento que el Asegurado o Asegurada titular deje de pertenecer al grupo asegurado.
4. Cuando se haya presentado el primer diagnóstico de cáncer.

Exclusiones

La Compañía no será responsable del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

- a. Enfermedades distintas al cáncer masculino de acuerdo a la definición establecida en este Contrato.**
- b. Cáncer preexistente diagnosticado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura o alta del Asegurado.**
- c. Cáncer que sea diagnosticado por un médico familiar del Asegurado o que habite en el mismo domicilio que la Asegurada al emitir el diagnóstico de cáncer masculino.**



- d. Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, estimulantes, sedantes, psicoactivos, enervantes, psicodélicos, depresivos y antidepressivos, excepto cuando hubieran sido ingeridos por prescripción médica.**
- e. Cáncer a consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.**
- f. Cáncer “in situ”, entendiendo éste, como cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos, incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.**
- g. Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.**
- h. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.**
- i. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3.**
- j. Leucemia linfática crónica.**
- k. Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- l. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer masculino posterior a la primer reclamación.**
- m. Enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodking.**
- n. Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor).**

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por diagnóstico de cáncer del Asegurado titular o cónyuge de la Asegurada titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Formato de “Declaración de invalidez o pérdida de miembros o enfermedades”.
2. Formato “Informe médico. Cobertura enfermedades graves”.
3. Dictamen avalado por una institución del Sistema Nacional de Salud o por un médico especialista que cuente con certificado de especialización en la materia en que sea diagnosticada la enfermedad terminal.
4. Todos los exámenes, análisis historia clínica y documentos que acrediten fehacientemente la existencia de la enfermedad terminal del Asegurado titular.
5. Acta de Nacimiento del Asegurado.
6. Identificación oficial vigente con firma y fotografía del Asegurado (IFE, pasaporte vigente, Cartilla SMN, Cédula Profesional).
7. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses (recibo de luz, teléfono, predial, agua, suministro de gas natural).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

12. Diagnóstico de cáncer masculino confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio. El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico especialista en el tratamiento de la enfermedad correspondiente.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio para el Asegurado Titular (GSA) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio para el Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si el Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, a los beneficiarios designados la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional, en la proporción que a estos les corresponda.

Con el fallecimiento del Asegurado titular, todas las coberturas adicionales para él quedan sin efecto. En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero, sin existir renovación de las coberturas otorgadas para ellos.

Si el Asegurado titular sobrevive al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de gastos de sepelio familiar (GSF). En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago de gastos de sepelio por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.

7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.

7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio para el Conyuge del Asegurado Titular (GSC) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio para el cónyuge del Asegurado Titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si el cónyuge del Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, al Asegurado titular la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional.

Si ocurre la muerte del Asegurado titular simultáneamente con la su cónyuge, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado titular.

Si el cónyuge del Asegurado titular sobrevive al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de gastos de sepelio familiar (GSF). En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el cónyuge del Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por gastos de sepelio, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato "Declaración de Beneficiarios", llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato "Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento", llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.

3. Acta de defunción del cónyuge Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del cónyuge Asegurado.
5. Acta de nacimiento del cónyuge Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del cónyuge Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al cónyuge Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de cada uno de los beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.

5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio para los Hijos del Asegurado Titular (GSH) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio para los hijos del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si alguno de los hijos del Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, al Asegurado titular la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional.

Los hijos del Asegurado titular están sujetos a esta cobertura, siempre que su edad sea menor de 25 años.

Si ocurre la muerte del Asegurado titular simultáneamente a la de alguno de sus hijos, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado titular.

Si él o los hijos (según sea el caso) del Asegurado titular sobreviven al finalizar el plazo del seguro, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de gastos de sepelio familiar (GSF). En caso de haberse otorgado o aparecer ambas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Limite máximo

La suma asegurada máxima para los hijos del Asegurado titular en esta cobertura corresponderá a lo equivalente al 30% de la suma asegurada básica, sin que ésta pueda exceder de 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha del siniestro.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 0 a 24 años con edades de cancelación a los 25 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para los hijos del Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el o los hijos del Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por gastos de sepelio de los hijos del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del hijo del Asegurado.
4. Certificado de defunción del hijo del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del hijo Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del hijo Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al hijo Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de cada uno de los beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los Beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio Familiar (GSF) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio familiar se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si alguno de los familiares del Asegurado titular o el propio Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, al Asegurado titular o beneficiarios designados (según sea el caso), la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional.

Se considerará como familiares del asegurado titular a su cónyuge e hijos menores de 25 años.

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la de alguno de sus familiares cubiertos por esta cobertura, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado.

En caso de que el Asegurado Titular fallezca, todas las coberturas adicionales para él quedan sin efecto, sin embargo la presente cobertura y las demás coberturas adicionales que tengan contratadas los familiares del Asegurado titular quedará en vigor hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza o del último recibo pagado.

Si los familiares del Asegurado titular o el propio Asegurado titular sobreviven al finalizar la vigencia de la cobertura, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Esta cobertura no puede otorgarse en forma conjunta con la cobertura adicional de gastos de sepelio para el Asegurado titular, gastos de sepelio para el cónyuge o gastos de sepelio para los hijos del Asegurado titular. En caso de haberse otorgado dos o más coberturas en la carátula de la Póliza, la cobertura que indique el Contratante se cancelará y la Compañía devolverá la prima pagada que se encuentre en curso para la cobertura cancelada.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Limite máximo

La suma asegurada máxima para esta cobertura corresponderá a lo equivalente al 30% de la suma asegurada básica, sin que ésta puede exceder de 60 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente a la fecha del siniestro.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán las que se describen a continuación:

1. Titular y cónyuge: edades de aceptación de 15 a 70 años, sin límite de edad para cancelación.
2. Hijos: Edades de aceptación de 0 a 24 años con edad de cancelación de 25 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para los hijos del Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que los familiares cumplan la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por gastos de sepelio, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del familiar Asegurado.
4. Certificado de defunción del familiar Asegurado.
5. Acta de nacimiento del familiar Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del familiar Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al familiar Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.
11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de cada uno de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuente con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio para los Padres del Asegurado Titular (GSP)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio para los padres del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si alguno de los padres del Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, al Asegurado titular la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional.

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la de alguno de sus padres, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado titular.

Si los padres del Asegurado titular sobreviven al finalizar la vigencia de la cobertura, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para los padres del Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que los padres del Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por gastos de sepelio de los padres del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del familiar Asegurado.
4. Certificado de defunción del familiar Asegurado.
5. Acta de nacimiento del familiar Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del familiar Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al familiar Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha,

firma del Asegurado y del Contratante.

10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de cada uno de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuente con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Gastos de Sepelio para los Suegros del Asegurado Titular (GSS)

Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de gastos de sepelio para los suegros del Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si alguno de los suegros del Asegurado titular fallece durante la vigencia de la cobertura, la Compañía pagará, por concepto de gastos de sepelio, al Asegurado titular la suma asegurada que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y particulares de esta cobertura adicional.

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la de alguno de sus suegros, se considerará que este último falleció primero, por ende el beneficio será pagado a la sucesión del Asegurado titular.

Si los suegros del Asegurado titular sobreviven al finalizar la vigencia de la cobertura, la cobertura concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 69 años y con edad de cancelación de 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para los suegros del Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que los suegros del Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por gastos de sepelio de los suegros del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original
3. Acta de defunción del familiar Asegurado.
4. Certificado de defunción del familiar Asegurado.
5. Acta de nacimiento del familiar Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del familiar Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al familiar Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.

10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de cada uno de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuente con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional Potenciación de Suma Asegurada para el Asegurado Titular (PSA) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el Endoso Cobertura adicional potenciación de suma asegurada para el Asegurado Titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cobertura

Si el Asegurado titular fallece durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con lo estipulado en la carátula de la Póliza o Certificado individual.

En caso de que existan coberturas adicionales para familiares del Asegurado titular, las coberturas se mantienen en vigor hasta el fin de vigencia de la Póliza o de la vigencia del último recibo pagado, lo que ocurra primero.

La suma asegurada se determina en función del factor al millar o porcentaje de sueldo elegido por el Asegurado titular.

Prima

La prima de esta cobertura está incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza y está a cargo del Asegurado titular como un factor al millar o como porcentaje de su sueldo mensual; en ambos casos, el factor o porcentaje será elegido por el Asegurado y no podrá ser modificado durante la vigencia de la cobertura.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán 15 a 70 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para un Asegurado al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el momento que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Trámite de siniestros

Al tramitar el pago por fallecimiento del Asegurado titular, la documentación que se debe recabar, será la que a continuación se describe. En caso de requerirlo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Asegurado

1. Formato “Declaración de Beneficiarios”, llenado en su totalidad y firmado por los Beneficiarios designados, original.
2. Formato “Informe Médico para el Pago de Suma Asegurada en caso de Fallecimiento”, llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante del Asegurado, o bien, por el médico que haya certificado el fallecimiento, original.
3. Acta de defunción del Asegurado, original.
4. Certificado de defunción del Asegurado.
5. Acta de nacimiento del Asegurado.
6. Comprobante de domicilio del Asegurado no mayor a 3 (tres) meses.
7. Estudios radiológicos, de laboratorio y de gabinete practicados al Asegurado (en su caso).
8. Último recibo de nómina y/u original del aviso de la baja del Asegurado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), contrato individual del trabajador o documento que acredite que al momento del siniestro el Asegurado formaba parte activa del grupo.
9. Consentimiento/Certificado/designación de beneficiarios original con fecha, firma del Asegurado y del Contratante.
10. Si el Asegurado ingresó al grupo asegurado después de la última renovación, es necesario enviar el aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o contrato individual del trabajador y/o documento que acredite que al momento del siniestro el asegurado formaba parte activa del grupo asegurado.

11. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, incluir original del último recibo de nómina, además de original del aviso de modificación de salario ante el IMSS o ISSSTE más reciente.

Beneficiarios

1. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.
2. Identificación oficial vigente de cada uno de los Beneficiarios con firma y fotografía.
3. Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge) o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial (si el beneficiario es el concubino).
4. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses.
5. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, y su tutor sea diferente a sus ascendientes, deberá presentar copia certificada (legible) de la resolución de nombramiento de tutor, así como identificación oficial vigente del tutor o representante legal.
6. En caso de ser extranjeros: Presentar original de su pasaporte y/o del documento que acredite su legal estancia en el país, cuando cuenten con ellos, en caso contrario, cualquier documento legible equivalente a los señalados anteriormente, así como datos del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
7. Original o copia certificada legible del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Póliza número: _____

Endoso Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario para el Asegurado Titular (DES) Condiciones Particulares

Estas condiciones particulares aplican sólo si el endoso cobertura adicional de desempleo involuntario para el Asegurado titular se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Definiciones

Desempleo.- Despido injustificado del Asegurado originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo, así como, la incapacidad total y permanente del Asegurado.

Periodo de carencia.- Lapso de tiempo, posterior inmediato a la contratación del seguro en el cual el Asegurado no estará amparado bajo esta cobertura, el cual se especificará en la carátula de la Póliza. El periodo de carencia solo aplica el primer año de vigencia de la Póliza o del Certificado individual para los casos en que el Asegurado entre con posterioridad al grupo.

Periodo de cobertura.- Lapso de tiempo transcurrido a partir de finalizado el periodo de carencia estipulado en la carátula de la Póliza, a partir del cual la Compañía pagará al Asegurado que se encuentre desempleado de manera involuntaria la suma asegurada.

Cobertura

La Compañía pagará la suma asegurada especificada en la carátula de la Póliza, una vez transcurrido el periodo de carencia indicado en la carátula de la Póliza, si el Asegurado es desempleado de forma involuntaria y deja de percibir el ingreso económico de la empresa en la que labora al momento del desempleo, siempre que se encuentre en vigor la Póliza y haya contratado esta cobertura.

En caso de que en la carátula de la Póliza no se indique el periodo de carencia, éste corresponderá a 6 meses.

Si el Asegurado no queda desempleado involuntariamente al finalizar el plazo, la responsabilidad de la Compañía concluye con respecto a esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura, se considera desempleo involuntario, el despido injustificado del Asegurado originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Elegibilidad

Serán elegibles para la cobertura de desempleo sólo las personas que a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza se encuentren empleados de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo), y trabajen para una empresa inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes.

Plazo

El plazo para esta cobertura corresponderá al plazo contratado para la cobertura básica a la que se adicione.

Prima

La contratación de esta cobertura se otorga mediante el pago de una prima adicional. La prima de esta cobertura en caso de ser contratada estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura se indican en la carátula de la Póliza. En caso de no aparecer señaladas, las edades de aceptación serán de 15 a 64 años y con edad de cancelación de 65 años.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancela automáticamente para el Asegurado titular al presentarse cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual.
2. En el aniversario o renovación de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de cancelación para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.
3. En el momento que el Asegurado titular deje de pertenecer al grupo asegurado.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara el desempleo involuntario que resulte como consecuencia de:

- 1. Pérdida del empleo del asegurado que se inicie dentro del período de carencia indicado en la carátula de la póliza.**
- 2. Jubilación, pensión o retiro del asegurado.**
- 3. Pérdida voluntaria del trabajo o renuncia del asegurado.**
- 4. Participación del asegurado en paros, disputas laborales o huelgas que la autoridad considere que carecen de validez.**
- 5. Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del asegurado.**
- 6. Condiciones mentales del asegurado.**
- 7. Enfermedades o lesiones del asegurado.**
- 8. La rescisión de la relación de trabajo con el asegurado, sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo: Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, conducta delictiva por parte del asegurado.**
- 9. Ser trabajador, comerciante o profesionista que labore de forma independiente y esté percibiendo un ingreso.**

Comprobación del desempleo

Para presentar la reclamación del pago de la indemnización por desempleo, el asegurado deberá entregar a la Compañía la siguiente información y documentos:

- 1. Carta reclamación.**
- 2. Aviso de privacidad.**
- 3. Aviso inmediato a la Compañía de la pérdida involuntaria del empleo.**
- 4. Presentar los documentos que demuestren el desempleo involuntario, en los que contemple la explicación de los motivos que originaron el mismo.**
- 5. Último talón de pago.**

6. Identificación oficial del Asegurado titular con firma y fotografía.
7. Comprobante de domicilio del Asegurado titular con antigüedad no mayo a 3 (tres) meses.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Endosos Especiales

Los siguientes endosos solo serán aplicables únicamente si en la carátula de la Póliza y Certificado individual se indica que están incluidos.

1. Suicidio sin periodo de espera

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Para aquellos grupos en los que el Asegurado no participe en el pago de la prima, el suicidio se cubrirá desde el primer día de vigencia de la Póliza y/o el Certificado individual.

Este endoso se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

2. Suicidio sin periodo de espera reconociendo antigüedad de otros seguros

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Para aquellos grupos en los que el Asegurado no participe en el pago de la prima, el suicidio se cubrirá desde el primer día de vigencia de la Póliza y/o el Certificado individual, siempre y cuando el Asegurado haya estado cubierto en una Póliza anterior durante un año ininterrumpido, lo cual al momento del siniestro debe ser comprobado.

Este endoso se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

3. Aviacion particular

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Queda cubierto el fallecimiento ocasionado por accidentes que ocurran en vuelos particulares, entendiéndose por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial incluyendo vuelos charter y helicópteros, para los Asegurados que se encuentren viajando en calidad de pasajeros, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan de 50 (cincuenta) horas anuales, el piloto cuente con licencia vigente y no más de 3 (tres) Asegurados en un mismo vuelo.

Este endoso aplica tanto para los beneficios de invalidez como para los beneficios de muerte accidental, siempre que éstos se encuentren contratados e indicados en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual.

Este endoso se otorga mediante convenio expreso y con el pago de una prima adicional, la cual estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

4. Motociclismo

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Queda cubierto el riesgo de muerte accidental por uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor siempre y cuando se utilice como herramienta de trabajo, dentro del horario laboral y que se encuentre desempeñando las labores propias de su trabajo.

Cubriendo adicionalmente el trayecto ininterrumpido del domicilio del Asegurado a las oficinas del Contratante y viceversa.

El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Este endoso no ampara las lesiones corporales o muerte del Asegurado ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Este endoso aplica tanto para los beneficios de accidentes como para los de Invalidez, siempre que éstos se encuentren contratados en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual.

Este endoso se otorga mediante convenio expreso y con el pago de una prima adicional, la cual estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

5. Deportes peligrosos

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Se cubre el fallecimiento o invalidez total y permanente que sufra el Asegurado en la práctica amateur de deportes peligrosos.

Se consideran como deportes peligrosos entre otros al box, artes marciales y deportes afines.

Este endoso se otorga mediante convenio expreso y con el pago de una prima adicional, la cual estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Este endoso aplica tanto para los beneficios de accidentes como para los de invalidez cuando éstos se encuentren contratados e indicados en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

6. Accidentes bajo la influencia del alcohol

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Queda cubierta la invalidez total y permanente y/o la muerte accidental a consecuencia de un accidente estando el Asegurado bajo la influencia del alcohol, siempre que éstas coberturas se encuentren contratadas e indicadas en la carátula de la Póliza

y/o Certificado individual; la Compañía quedará liberada cuando se desprenda de las actuaciones del Ministerio Público que el Asegurado incurrió en culpa grave y se determine que fue directamente responsable de la ocurrencia de dicho accidente.

Este endoso se otorga mediante convenio expreso y con el pago de una prima adicional, la cual estará incluida en la prima total indicada en la carátula de la Póliza.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

7. Aceptacion de consentimientos de otras compañías

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Se podrán aceptar los Consentimientos de otras compañías de seguros en los cuales se designe al (los) Beneficiario(s) de la Póliza.

Este endoso se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

8. Periodo de disputabilidad

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Se elimina el periodo de disputabilidad, siempre y cuando el Asegurado tenga un año ininterrumpido en la Póliza y en caso de siniestro, lo compruebe.

Este endoso se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

9. Riesgo extendido accidentes

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Se modifica el periodo durante el cual se puede presentar la muerte accidental o pérdidas orgánicas (cuando aplique de acuerdo a la cobertura contratada) a causa de un accidente, de 90 (noventa) a 180 (ciento ochenta) días posteriores a la fecha de ocurrencia del mismo.

Este endoso se concede bajo convenio expreso, y sin costo adicional.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.

Endoso de Autoadministración

ESTE ENDOSO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Los movimientos de altas y bajas de esta Póliza se realizarán mediante el Sistema Autoadministrado.

En este sistema, durante la vigencia de la póliza el Contratante no tendrá la obligación de informar a la Compañía las altas o bajas que ocurran en el grupo asegurado. La prima que corresponda, según el número de personas que se hayan dado de baja o alta en la Póliza, se calculará al final de la vigencia y generará un cargo o abono al Contratante.

Es importante mencionar que las personas que ingresen al grupo asegurado después de la emisión de la Póliza, se considerarán Asegurados de acuerdo a la regla para determinar la suma asegurada con tope en la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad y deberán firmar su consentimiento durante los 30 días naturales posteriores a su ingreso, ya que este documento será un comprobante de su alta a la Póliza en caso de siniestro. La Compañía cobrará al Contratante la prima correspondiente, mediante la fórmula definida para el cálculo del ajuste anual al final del año póliza.

Las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado, se considerarán dadas de baja de la Póliza desde el momento de su separación, en este caso la Compañía restituirá al Contratante la prima correspondiente, mediante la fórmula definida para el cálculo del ajuste anual al final del año póliza.



Al concluir la vigencia de la Póliza, la Compañía realizará el cálculo del ajuste anual para determinar la prima a cobrar o devolver al Contratante con motivo de las altas y/o bajas ocurridas durante el año póliza. El Contratante deberá informar a la Compañía el total de movimientos de altas o bajas realizadas en el transcurso de la vigencia de la Póliza, con esta información la Compañía procederá a cobrar o devolver la prima.

El cálculo del ajuste anual se realizará considerando la cuota promedio de la Póliza, es decir, la que resulte de dividir la prima total anual sin recargos entre la suma asegurada total, el cobro o devolución se calculará restando las bajas o sumando las altas con la prima promedio al 50%.

Los demás términos y condiciones permanecen sin modificación alguna.

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 13 de Julio de 2017, con el número CNSF-S0111-0282-2017 / CONDUSEF-002385-04.