



Empresa del Grupo  **MAPFRE**

Condiciones Generales y Particulares

Seguro Temporal 1 | Experiencia Global

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. Inicio y término de vigencia	4
2. Moneda	4
3. Prima	4
4. Procedimiento en caso de siniestro	5
4.1. Instructivo para el trámite de siniestros	5
5. Lugar y pago de la indemnización	7
6. Interés moratorio	7
7. Extinción de las obligaciones de la compañía	10
8. Omisiones o declaraciones inexactas	10
9. Prescripción	11
10. Carencia de restricciones	11
11. Comunicaciones	11
12. Comisiones	11
13. Competencia	12
14. Arbitraje	12
15. Modificaciones	12
16. Indisputabilidad	13
17. Suicidio	13

Condiciones Particulares 13

1. Características del producto	13
1.1. Condiciones del grupo asegurado	13
1.2. Certificados individuales	14
1.3. Suma asegurada	15
1.4. Renovación	15
1.5. Registro de asegurados	15
1.6. Confidencialidad de la información	16
1.7. Contribución de los asegurados	16
1.8. Ajuste por movimientos	16
1.9. Edad	17
1.10. Beneficiarios	18
1.11. Pago a beneficiarios	19
1.12. Pruebas	20



1.13. Cancelación de la póliza	20
1.14. Derecho de conversión	20
1.15. Pagos improcedentes	21
1.16. Participación de utilidades	21
2. Detalle de la cobertura básica	23
2.1. Beneficio por fallecimiento	23
3. Detalle de los beneficios adicionales	23
3.1. Beneficios por accidente (MA / MAPM – “A” / MAPM – “B” / DI – “A” / DI – “B”)	23
3.2. Beneficio por invalidez total y permanente (SAIT / SSIT)	31
3.3. Cláusula de anticipo inmediato al fallecimiento del asegurado (CAIF)	35
4. Entrega de póliza	35
5. Medios de identificación	36
6. Información para operaciones	36
7. Preceptos legales	36
 Glosario	 37
1. Definiciones	37

Condiciones Generales

1. Inicio y término de vigencia

La vigencia de esta Póliza inicia y termina en las fechas y horas indicadas en la carátula de la misma, y en particular, para cada Asegurado a partir de la fecha y hora indicada en el certificado correspondiente.

2. 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. Sin embargo, las partes podrán acordar que el pago de las primas, así como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza se liquiden conforme a la moneda establecida en la carátula de la póliza.

3. Prima

La prima total corresponderá a la suma de 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, no inferiores a un mes, venciendo estas 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, reformado mediante Decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 4 de abril de 2013).

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que se hace referencia en el Artículo 150 bis de esta ley”.

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

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.

4. Procedimiento en caso de 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.

4.1. Instructivo para el trámite de siniestros

Al tramitar el pago por el siniestro de un asegurado, 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 a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

✓ Muerte

1. Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.
2. Informe Médico para el pago de suma asegurada en caso de fallecimiento, el cual debe ser llenado y firmado por el médico tratante del asegurado.
3. Acta de defunción certificada por el Registro Civil o en original.
4. Documento para comprobar la edad del asegurado en original (acta de nacimiento, pasaporte, fe de bautizo o cartilla militar).
5. Último recibo de sueldo firmado por el asegurado en original. Cuando éste haya ingresado al Grupo durante la vigencia de la Póliza, se deberá enviar el aviso de alta al I.M.S.S., al I.S.S.S.T.E, o a cualquier instituto estatal de Seguridad Social, siempre y cuando esté inscrito en alguna de esas instituciones.

Para grupos de asegurados que no estén en el supuesto del párrafo anterior se deberá presentar un documento mediante el cual sea posible verificar fehacientemente que el asegurado pertenecía al grupo asegurado.

6. Identificación oficial vigente del asegurado para corroborar su firma en original.
7. Último consentimiento firmado por el asegurado en la cual designó a sus beneficiarios en original, en caso de contar con él.
8. Documento de carácter oficial para comprobar la edad de los beneficiarios en original (acta de nacimiento, de matrimonio o pasaporte), y para comprobar la firma, identificación oficial vigente en original.
9. Documento para comprobar el domicilio de los beneficiarios en original (recibo de luz, teléfono, estado de cuenta bancario, predial con vigencia menor a 3 meses).

Si se cuenta con el beneficio CAIF, para el cobro de la suma asegurada debe presentar, además de lo señalado en el punto 7 anterior, original del Certificado Médico de Defunción.

✓ **Muerte accidental (si el riesgo fue contratado)**

Además de los documentos listados para las reclamaciones por muerte, Actuaciones del Ministerio Público completas en original o copia certificada. En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley, así como estudio químico-toxicológico.

✓ **Invalidez (si el riesgo fue contratado)**

Además de los documentos 4, 5 y 6 listados para las reclamaciones por muerte,

1. Declaración de invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado.
2. Dictamen de invalidez del I.M.S.S. (en su forma ST-4) o en la forma equivalente del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de Seguridad Social al que hubiese estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, historia clínica y resultados de estudios de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.
3. Informe Médico para Pago de suma asegurada por invalidez o pérdida de miembros, requisitado y firmado por el médico tratante.

Si se contrató SSIT, además de los puntos señalados en este apartado, el punto número 7 de la lista para las reclamaciones por muerte.

✓ **Pérdida de miembros (si el riesgo fue contratado)**

Además de los documentos 4, 5 y 6 listados para las reclamaciones por muerte

1. Declaración invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado.
2. Dictamen, Radiografías de la parte afectada y Forma ST-1 o ST-3 del I.M.S.S. o las formas equivalentes del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de Seguridad Social al que hubiese estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, dictamen médico y radiografías donde se muestre la pérdida de miembros.
3. Informe Médico para Pago de suma asegurada por invalidez o pérdida de miembros, requisitado y firmado por el médico tratante.

5. 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 los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta Póliza.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a La Compañía.

6. 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 haya sido presentada, quedara obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o Tercero Dañado, un interés de conformidad con lo establecido por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;



VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a. Los intereses moratorios
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

7. 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.

Con apego a lo establecido en el Artículo 20 del Reglamento que indica, que cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, 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 de ese Reglamento.

8. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o Asegurado o representante de estos está obligado a declarar por escrito a la compañía en la Solicitud del 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 Contrato de Seguro.

9. Prescripción

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

- a. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento;
- b. En dos años, en los demás casos.

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.

10. Carencia de restricciones

Este contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, género de vida y de la ocupación del asegurado, o por los viajes que éste haga.

11. Comunicaciones

Toda declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionada 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 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.

12. 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

13. 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 de Consultas y Reclamaciones 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.

14. Arbitraje

En caso de ser notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que si el 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 liquidado por la Compañía.

15. Modificaciones

En términos del artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier cambio o modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, el Agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Compañía, no podrá solicitar modificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

16. 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 rescindirlos 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.

17. Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de este Contrato y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado individual, en la fecha que ocurra el fallecimiento. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

Condiciones Particulares

1. Características del producto

1.1. Condiciones del grupo asegurado

Es el conjunto de personas que tienen un vínculo o interés común que es lícito, previo e independiente del seguro, tales como:

- a. Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa.
- b. Los grupos formados por una misma clase o razón de su actividad o lugar de trabajo y que presten sus servicios a un mismo patrón o empresa.

c. Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.

d. Las agrupaciones legalmente constituidas.

Las personas que se encuentren incapacitadas a la fecha de emisión de la Póliza, no podrán pertenecer al Grupo Asegurado y solo podrán solicitar su inclusión a partir de su rehabilitación, salvo por lo señalado en el apartado Declaración de Incapacitados de la cláusula 3.2 de las Condiciones Particulares (Beneficio por Invalidez Total y Permanente).

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 quedara cancelada y no podrá renovarse.

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 y/o inclusión en el registro de asegurados.

1.2. Certificados individuales

La Compañía expedirá y entregará al Contratante, un Certificado para cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que contendrán la información relativa a

- Número de la Póliza y del Certificado;
- Nombre del Contratante;
- Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
- Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.

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

El Contratante una vez recibido dicho Certificado lo hará llegar a cada Asegurado. En cualquier caso, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el certificado correspondiente.

1.3. 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.

Dependiendo del número de personas que formen parte del Grupo Asegurado, la Compañía establecerá la Suma Asegurada Máxima (SAM), con base en el número de miembros del Grupo Asegurado y la suma asegurada promedio correspondiente. La SAM es la que se señala en la carátula de la póliza.

Con apego a lo establecido en el artículo 5º del reglamento, en lo relativo a evitar fenómenos de selección adversa para la Compañía. Las personas que formen parte del Grupo Asegurable y cuyo consentimiento reciba la Compañía, quedarán asegurados a partir de la fecha en que formen parte del citado grupo hasta por la SAM. La suma asegurada en exceso se otorgará una vez satisfechas las pruebas de asegurabilidad establecidas por la Compañía (cuestionario de salud y/o en su caso, examen médico), 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.

1.4. 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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

1.5. Registro de asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía entregará a éste el Registro de Asegurados que contendrá a detalle el número de certificado, nombre, fecha de nacimiento, sexo, fecha de inicio de vigencia, fecha de fin de vigencia, suma asegurada y Prima por Cobertura. Asimismo, contendrá la Operación, el plan de seguros de que se trata y las Coberturas amparadas.

1.6. 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, Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

1.7. 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.

1.8. 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.

1.8.1. 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 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 treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos

requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (Art. 17 del Reglamento).

Lo anterior, también aplica a los beneficios adicionales de Accidentes y de Invalidez Total y Permanente.

1.8.2. 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 Aseguradora 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).

1.9. Edad

Las edades de aceptación para ingresar a esta Póliza respecto de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado serán las señaladas en la carátula de esta póliza, sin que exista límite máximo de edad en las renovaciones subsecuentes.

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 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 pague 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 de la fracción 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; y
- d. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato 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.

1.10. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que, no se haya hecho una designación irrevocable y no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre, parentesco y participación de cada uno de los nuevos Beneficiarios. La Compañía informará al Asegurado de este cambio a través de un endoso a la Póliza. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo

varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

La suma asegurada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

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 al crédito derivado 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 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 cada caso solo 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.

1.11. Pago a beneficiarios

La Compañía pagará la suma asegurada al último Beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberado de las obligaciones contraídas en el Certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, esta 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 vivos de acuerdo a la proporción de cada uno de ellos.

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

1.12. 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.

1.13. Cancelación de la póliza

Si el Grupo Asegurado llegará a desintegrarse, esta Póliza será cancelada, a partir de la fecha cubierta por la última prima pagada.

1.14. Derecho de conversión

Con base en lo establecido en el artículo 19 del Reglamento, la Compañía tendrá la obligación de asegurar sin examen médico y por una sola vez, al participante que se separe del Grupo Asegurado en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere, con excepción de los seguros temporales y sin incluir beneficio alguno, siempre que la 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.

1.15. Pagos improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco 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.

1.16. Participación de utilidades

El Contratante podrá optar por alguna de las siguientes modalidades de contratación:

1.16.1. Con dividendos

El Contratante y los Asegurados, en su caso, participarán anualmente de las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de Pólizas de Seguro de Vida Grupo, cuyo monto se determinará de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El monto de siniestros, podrá considerar la proporción de reserva correspondientes a Siniestros Ocurredos No Reportados.

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.

El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en la que contribuyan al pago de la prima, podrán participar de las utilidades que obtenga la Compañía con base en los lineamientos y requisitos establecidos en la Nota Técnica del Seguro de Vida Grupo Temporal 1 año en Experiencia Global.

Para que dicha participación se otorgue, el Contratante deberá asentarlo 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.

Cuando los Asegurados no participen en el pago de la prima, el dividendo se pagará mediante alguno de los siguientes medios:

- ✓ Con cheque nominativo a favor del Contratante; o
- ✓ Abono a la cuenta que para tal efecto proporcione el Contratante; o
- ✓ Su importe será aplicado al pago de las primas subsecuentes, hasta por el monto del dividendo al que tenga derecho el Contratante.

Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima y existan dividendos, la Compañía cumplirá con su 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.

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.

1.16.2. Sin dividendos

Si el Contratante así lo desea, podrá solicitar la cobertura bajo esta modalidad.

El Contratante deberá asentar por escrito en la solicitud del seguro la opción de participación de utilidades, siempre y cuando el grupo asegurado cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto.

Si no existe esta petición se aplicará lo establecido en el inciso 1.16.2.

En la carátula de la póliza se establece la modalidad de la Participación de Utilidades, estipulando si esta Póliza da o no derecho a otorgamiento de dividendos.

2. Detalle de la cobertura básica

2.1. Beneficio por fallecimiento

La Compañía pagará la suma asegurada en vigor de esta Cobertura a los Beneficiarios designados, si el Asegurado fallece mientras esta Póliza y su Certificado se encuentren en vigor.

En caso de que un 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.

3. Detalle de los beneficios adicionales

3.1. Beneficios por accidente (MA / MAPM – “A” / MAPM – “B” / DI – “A” / DI – “B”)

3.1.1. Características generales

✓ Alcance de la cobertura

En caso de Accidente del Asegurado que involucre alguno de los Beneficios contratados en este seguro, la Compañía pagará la suma asegurada, si el evento se debe exclusivamente a lesión o lesiones provenientes de un accidente.

La indemnización será igual a la suma asegurada vigente en la fecha en que ocurra el accidente. Si de acuerdo al Beneficio contratado y como consecuencia de un accidente o accidentes, resultare una o más indemnizaciones parciales, se pagará la suma de las indemnizaciones que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada para dicho Beneficio contratado.

Los Beneficios por Accidente se conceden mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la prima de la Póliza a la que se adiciona.

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio se concederán únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron el evento cubierto, ocurrieron mientras el beneficio contratado se encontraba vigente y dentro del lapso que ampara la prima anual pagada. Además, será necesario que el Asegurado no este disfrutando de los beneficios que para invalidez pueda conceder la Póliza.

La suma asegurada para este beneficio estará sujeta a los ajustes por movimientos de la suma asegurada tal y como se establece en la cláusula de Ajuste por Movimientos de las Condiciones Particulares para este Seguro.

✓ **Edades de aceptación**

Para todos los Beneficios por Accidente son la edad mínima de aceptación es de 15 años y la máxima de 69 años; la edad de cancelación es de 70 años, salvo pacto en contrario.

✓ **Cancelación automática**

La vigencia de esta Cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea la edad máxima de aceptación más un año.

✓ **Definición de accidente**

Para efectos de esta Póliza se define como accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado. No se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Se define como muerte accidental siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

✓ **Exclusiones**

Los Beneficios por Accidente no cubre la indemnización que se deba a las siguientes contingencias:

◇ **Si la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra se debe, directa o indirectamente, total o parcialmente a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas por las lesiones a que el Beneficio contratado se refiere.**

- ◇ **Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- ◇ **Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**
- ◇ **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier clase, por la participación directa del asegurado.**
- ◇ **Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- ◇ **Muerte o lesiones a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos 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 emitido por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.

- ◇ **Homicidio, lesiones o muerte si resultan de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**
- ◇ **Suicidio (consciente o inconsciente) o conato de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- ◇ **Muerte o lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.**
- ◇ **Navegación aérea, excepto que al ocurrir la muerte o pérdida de algún miembro mientras el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- ◇ **La práctica o actividad de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, uso de parapente o vuelo delta, cualquier tipo de deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel.**

◇ **Para los Beneficios que contemplen la cobertura de Pérdidas de Miembros, no cubrirá lesiones provocadas voluntariamente por el propio Asegurado, tampoco cubrirá infecciones, exceptuando las que acontezcan como consecuencia directa de una lesión accidental.**

3.1.2. Características particulares

✓ Beneficio de indemnización por muerte accidental (MA)

La Compañía pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente mientras la Póliza y el Certificado se encuentren en vigor en el momento del siniestro y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

✓ Beneficio de muerte accidental y pérdidas de miembros – Escala “A” (MAPM – A)

La Compañía pagará por una sola vez, mediante la cancelación de este beneficio, una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. Si al momento de la emisión el Asegurado ya presentará alguna pérdida de miembros que a continuación se detallan, quedará excluida dicha pérdida de este beneficio.

La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida orgánica se debe exclusivamente a lesión o lesiones provenientes de un accidente.

La indemnización por este beneficio se calculará con base en la suma asegurada vigente en la fecha en que ocurra el fallecimiento o la pérdida orgánica.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultare una o más pérdidas de miembros, de las descritas en la tabla de indemnizaciones, se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada para este beneficio.

El pago relativo al inciso “A” de la tabla siguiente, se hará al Beneficiario o a los Beneficiarios designados en la Póliza, y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Evento amparado por la pérdida de:	% de la suma asegurada
A La vida	100%
B Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
C Una mano y un pie	100%
D Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
E Una mano o un pie	50%
F La vista de un ojo	30%
G El pulgar de cualquier mano	15%
H El índice de cualquier mano	10%

Para los efectos de este beneficio, se entiende:

- ◇ Por 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.
- ◇ Por la 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.
- ◇ Por pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.
- ◇ Por pérdida de los dedos, la separación desde la articulación del metacarpo o del metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de noventa días, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente enumeradas.

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

✓ **Beneficio de muerte accidental y pérdidas de miembros – Escala “B” (MAPM – B)**

La Compañía pagará por una sola vez, mediante la cancelación de este beneficio, una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. Si al momento de la emisión el Asegurado ya presentará alguna pérdida de miembros que a continuación se detallan, quedará excluida dicha pérdida de este beneficio.

La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida orgánica se debe exclusivamente a lesión o lesiones provenientes de un accidente.

La indemnización por este beneficio se calculará con base en la suma asegurada vigente en la fecha en que ocurra el fallecimiento o la pérdida orgánica.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultare una o más pérdidas de miembros, de las descritas en la tabla de indemnizaciones, se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada para este beneficio.

El pago relativo al inciso “A” de la tabla siguiente, se hará al Beneficiario o a los Beneficiarios designados en la Póliza, y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Evento amparado por la pérdida de:	% de la suma asegurada
A La vida	100%
B Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
C Una mano y un pie	100%
D Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
E Una mano o un pie	50%
F La vista de un ojo	30%
G El pulgar de cualquier mano	15%
H El índice de cualquier mano	10%
I Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
J Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
k Tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25%
L El pulgar y otro dedo que no sea el índice	25%
M Sordera completa de los oídos	25%
N El índice y otro dedo que no sea el pulgar	20%
O Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm.	15%
P El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para los efectos de este beneficio, se entiende:

- ◇ Por 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.
- ◇ Por la 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.
- ◇ Por pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

◇ Por pérdida de los dedos, la separación desde la articulación del metacarpo o del metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

El Asegurado o los Beneficiarios tienen la obligación de notificar a la Compañía en un plazo que no exceda de noventa días, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente enumeradas.

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

✓ **Beneficio de indemnización por muerte accidental y pérdidas de miembros colectivo – Escala “A” (DI – A)**

De acuerdo a la indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la tabla de indemnizaciones del Beneficio denominado MAPM-A, la Compañía duplicará dicha indemnización cuando las lesiones corporales que sufra el Asegurado resulten de:

◇ 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 sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o

◇ 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

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

✓ **Beneficio de indemnización por muerte accidental y pérdidas de miembros colectivo – Escala “B” (DI – B)**

De acuerdo a la indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la tabla de indemnizaciones del Beneficio denominado MAPM-B, la Compañía duplicará dicha indemnización cuando las lesiones corporales que sufra el Asegurado resulten de:

◇ 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 sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o

◇ 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

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

3.2. Beneficio por invalidez total y permanente (SAIT / SSIT)

3.2.1. Características generales

✓ Alcance de la cobertura

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente mientras esta Póliza y el Certificado se encuentran en vigor, la Compañía se obliga a otorgar la cobertura del Beneficio contratado, a la fecha en que le fue diagnosticado el estado de Invalidez Total y Permanente.

El beneficio será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera citado en la definición de Invalidez Total y Permanente, al mismo tiempo, el Asegurado será dado de baja de la Póliza del Grupo Asegurado.

El beneficio por Invalidez Total y Permanente se concede mediante la obligación del pago de la Prima adicional respectiva, la cual deberá ser cubierta junto con la Prima de la Póliza a la que se adiciona.

✓ Edades de aceptación

Para todos los Beneficios por Invalidez Total y Permanente la edad mínima de aceptación es de 15 años y la máxima de 64 años; y la edad de cancelación es de 65 años, salvo pacto en contrario.

✓ Cancelación automática

La vigencia de los Beneficios por Invalidez Total y Permanente terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea la edad máxima de aceptación más un año.

✓ **Declaración de incapacitados**

Si desde inicio del Contrato el Asegurado se encontraba incapacitado, el Contratante lo declaró para incluirlo en la Póliza, la Compañía aceptó asegurarlo bajo esta Cobertura y a consecuencia del padecimiento que lo mantenía incapacitado, sufre una Invalidez Total y Permanente dentro de la Vigencia de la Póliza y del Certificado, deberá presentar como requisito, pruebas de que ha contado con esta Cobertura en forma ininterrumpida desde que inició su incapacidad.

✓ **Definición de invalidez total y permanente**

Se entenderá Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.

También será considerada como invalidez total y permanente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no opera el periodo que se menciona en el párrafo anterior. Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella. Por la 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, y por la pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el **DICTAMEN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE** dictado por una institución o un médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

✓ **Exclusiones**

Los Beneficios por Invalidez Total y Permanente no tendrán efecto cuando la Invalidez se deba a:

- ◇ **Lesiones o enfermedades provocadas voluntaria o intencionalmente por el propio Asegurado.**
- ◇ **Lesiones o enfermedades sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones o manifestaciones violentas en las que participe el Asegurado en forma directa.**
- ◇ **Lesiones sufridas por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- ◇ **Lesiones recibidas por el Asegurado al participar en riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.**
- ◇ **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.**
- ◇ **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, por la participación directa del asegurado.**
- ◇ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- ◇ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, uso de parapente o vuelo delta, cualquier tipo de deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel.**
- ◇ **Radiaciones atómicas.**
- ◇ **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.

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

3.2.2. Características particulares

✓ **Beneficio de pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente (SAIT)**

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará al propio Asegurado la suma asegurada contratada, una vez transcurrido el periodo de espera para este Beneficio.

Con la aceptación del Pago Anticipado, el Asegurado será dado de baja de la Póliza del Grupo Asegurado.

✓ **Beneficio de seguro saldado por invalidez total y permanente (SSIT)**

Si el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente, la Compañía conviene en otorgarle una Póliza Individual de Seguro Ordinario de Vida, sin Coberturas Adicionales, con la suma asegurada contratada para esta Cobertura.

El costo de la Póliza Individual Saldada será cubierto por la Compañía y dicho importe será el mismo del Siniestro para la Póliza del Grupo Asegurado en la fecha del dictamen de invalidez.

La Póliza Individual estará vigente a partir de que haya transcurrido el período de espera citado en la definición de Invalidez Total y Permanente y terminará al Fallecimiento del Asegurado inválido con la liquidación de la suma asegurada e independientemente de que la Póliza del Grupo Asegurado renueve o se cancele.

Con la aceptación de la Póliza Individual, el Asegurado será dado de baja de la Póliza del Grupo Asegurado.

3.3. Cláusula de anticipo inmediato al fallecimiento del asegurado (CAIF)

✓ Alcance de la cobertura

La Compañía, a solicitud del Contratante o Beneficiario, realizará un pago parcial de la suma asegurada, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que el Contrato se encuentre en vigor, dicho pago se hará al Beneficiario designado al efecto en la Póliza, con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía será descontada de la liquidación final a la que el Beneficiario tenga derecho, luego de presentar toda la documentación requerida y de acuerdo a las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta Cobertura.

✓ Límite máximo

Al ocurrir el Fallecimiento de cualquier Asegurado con suma asegurada mayor a 1,000 DSMGVDF, un pago parcial del 30% de la suma asegurada ó 1,500 DSMGVDF, lo que sea menor, presentando únicamente el original del Certificado Médico de Defunción.

✓ Beneficiarios

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la Compañía el Certificado Médico de Defunción, siempre que su parte de la suma asegurada sea igual o mayor al pago que por esta Cobertura tenga que efectuar la Compañía.

✓ Prima

La Compañía concede esta cobertura sin costo alguno.

4. Entrega de póliza

Una vez aceptada la solicitud de seguro la Compañía se obliga a entregar al Asegurado o 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:

1. De manera personal al contratar el seguro.
2. Envío a domicilio, por los medios que la compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1. y en los casos del numeral 2. dejará constancia de que usó 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 que antecede, en un plazo no mayor a 30 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 de la presente Póliza pueden ser consultadas en la página web: www.insignialife.com

5. 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, podrán gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

6. 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

7. Preceptos legales

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.insignialife.com

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 de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

Glosario

1. Definiciones

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente Póliza de seguros:

Asegurado.- Es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.

Beneficiario.- Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado o Contratante, como titular de los derechos indemnizatorios.

Carátula de la póliza.- Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Certificado.- Documento que expide La Compañía para cada integrante del Grupo Asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza.

Condiciones adicionales.- Son aquellas coberturas solicitadas por el Contratante y aceptadas por la Compañía donde cada Asegurado elige participar para incrementar su protección en adición a las Coberturas Principales.

Coberturas principales.- Son aquellas Coberturas solicitadas por el Contratante y aceptadas por la Compañía donde se obliga a dar de alta en la Póliza al 100% del Grupo Asegurable.

Compañía o aseguradora.- Insignia Life, S.A. de C.V., institución de seguros autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para practicar la Operación de Vida.

Condiciones especiales.- Cuando exista, son todas aquellas disposiciones que determinan el alcance de las Condiciones Generales y Particulares.

Condiciones generales.- Es el conjunto de principios básicos que establece la Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del contrato de seguro.

Condiciones particulares.- Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos individualizados que se aseguran en la Póliza.

Contratante.- Persona física y/o moral que celebra el contrato de Seguro de Grupo.

Contrato del seguro.- Acuerdo de voluntades por virtud de la cual la Compañía, se obliga mediante una prima, a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

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

DSMGVDF.- Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

Grupo asegurable.- Conjunto de personas que pertenezcan 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.

Grupo asegurado.- Son los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con las características especificadas por el Contratante y que han otorgado su consentimiento expreso para ser asegurados y han sido considerados para el cálculo de la Prima de la Póliza.

La Póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los certificados individuales, los consentimientos, las condiciones generales, en particular y las condiciones especiales

forman parte y constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía, el cual, sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del Contratante, y un endoso autorizado por la Compañía.

Póliza.- Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

Reglamento.- Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Siniestro.- Es la realización de la eventualidad prevista en este Contrato amparada por las diferentes Coberturas a que se refiere esta Póliza.

Suma asegurada máxima.- Es el límite máximo de suma asegurada aceptado por la Compañía.

Suma asegurada.- Es la cantidad que la Compañía pagará a los Beneficiarios del Asegurado que sufra un Siniestro durante la vigencia 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 26 de Diciembre de 2011, 27 de Marzo de 2015 y 27 de Junio de 2017 con el número CNSF-S0111-0713-2011, RESP-S0111-0106-2015, RESP-S0111-0046-2017 respectivamente / CONDUSEF-002288-04.