

SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA

La Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada alcanzada de esta cobertura si el asegurado fallece durante la vigencia de la Póliza. Si el asegurado sobrevive al término de la misma, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

CLÁUSULA 2ª. COBERTURAS ADICIONALES

Durante la vigencia de la Póliza, la Compañía pagará los Beneficios Adicionales siguientes solamente cuando se contraten y aparezcan indicados en la carátula de la Póliza.

SECCION I. Beneficios por Accidente.

SECCION II. Beneficios por Invalidez Total y Permanente.

SECCION III. Otros Beneficios.

CLÁUSULA 3ª. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTE BENEFICIO

Los beneficios adicionales por accidente, dejarán de estar en vigor, sin necesidad de comunicación expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que el asegurado alcance la edad cumplida de 70 años, o en el siguiente aniversario posterior al pago de cualquiera de las indemnizaciones de más del 50% por pérdida de miembros.

SECCIÓN I. BENEFICIOS POR ACCIDENTE

CLÁUSULA 1ª. PROTECCIÓN POR ACCIDENTE

En caso de que el asegurado fallezca o sufra alguna pérdida orgánica a consecuencia de un accidente durante la vigencia de la Póliza, la Compañía pagará la suma asegurada alcanzada por esta cobertura a los beneficiarios o al propio Asegurado, según sea el caso.

CLÁUSULA 2ª. RIESGOS CUBIERTOS

1. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (MA):

La Compañía pagará a los **beneficiarios designados** en caso de muerte accidental de algún miembro del Grupo, la suma asegurada contratada para este beneficio, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

2. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO):

Además de incluir el beneficio de la cobertura anterior (**Beneficio de Muerte Accidental**) la Compañía pagará el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para el beneficio de muerte accidental, si a consecuencia de un accidente, algún miembro del Grupo sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas enunciadas en la tabla de indemnización, siempre y cuando dicha pérdida haya ocurrido dentro los noventa días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

Por la pérdida de:

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 o 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%
Cualquier otro dedo de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para este beneficio, aún cuando el asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas antes especificadas, para el Certificado correspondiente.

Este beneficio se contrata conjuntamente al de muerte accidental y no de forma individual.

3. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MC) Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO):

Además de incluir los beneficios de las coberturas de muerte accidental y pérdida de miembros, la indemnización pagadera únicamente por el beneficio de muerte accidental se duplicará si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia de un accidente colectivo, y se entenderá como tal, el que ocurra:

- a) Mientras viaje el Asegurado como pasajero en algún vehículo público terrestre, operado regularmente por una empresa de transportes públicos autorizada legalmente, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, o
- b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio público, cerrado, en operación; **con exclusión de ascensores usados en minas,**
- c) A causa de un incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en que se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES

ESTOS BENEFICIOS NO SE CONCEDERÁN SI LA MUERTE O PÉRDIDA DE MIEMBROS QUE SUFRA EL ASEGURADO SON DEBIDAS DIRECTA, TOTAL O PARCIALMENTE A:

- a) **SUICIDIO O LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- b) **INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DE LESIONES ACCIDENTALES.**
- c) **TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, SALVO CUANDO SEA MOTIVADO POR LAS LESIONES CAUSADAS EN UN ACCIDENTE.**
- d) **LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN UNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.**

Artículo 314 del Código Penal Federal: Por riña se entiende para todos los efectos penales: la contienda de obra y no la de palabra, entre dos o más personas.

- e) **LESIONES DE CUALQUIER CLASE SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGAS, ALBOROTOS POPULARES, TUMULTOS Y CONMOCIÓN CIVIL.**
- f) **TERRORISMO CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO SUJETO ACTIVO DEL MISMO.**
- g) **LESIONES SUFRIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS DELICTUOSOS.**

Artículo 7 del Código Penal Federal: Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales

- h) **ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE A BORDO DE UNA AERONAVE, EXCEPTO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE AEROLÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON BOLETO PAGADO, EN VIAJE DE ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS ESTABLECIDOS.**
- i) **ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA CELEBRACION DE PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- j) **ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ O TAUROMAQUIA.**
- k) **ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL DE ACUERDO CON LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

- I) **ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTE AL MOMENTO DEL SINIESTRO BAJO LA INFLUENCIA DE ALGÚN ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO, ASÍ COMO LOS QUE SE ORIGINEN POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO Y/O A CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.**

CLÁUSULA 4ª. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTOS BENEFICIOS

Los beneficios adicionales por accidente, dejarán de estar en vigor, sin necesidad de comunicación expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado alcance la edad cumplida de 70 años, o en el siguiente aniversario posterior al pago de cualquiera de las indemnizaciones de más del 50% por pérdida de miembros.

CLÁUSULA 5ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Documentos, datos e informes que el Asegurado debe rendir a la Compañía.

Para el pago de la indemnización establecida para estos beneficios, se deberán presentar a la Compañía los documentos probatorios de la muerte y/o la pérdida de algún miembro, sufridas, durante la vigencia de la Póliza y causadas por un Accidente no excluido en la Cláusula 3ª de la presente Sección.

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

CLÁUSULA 6ª. DEFINICIONES

- a) **Accidente:** Para los efectos de estos beneficios, se define como accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. **No se considera Accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
- b) **Pérdida de Miembros:** Para efectos de este beneficio, se entenderá por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, la anquilosis o la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa; por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo; por pérdida de una mano, la separación a nivel de la articulación carpio-metacarpiana o arriba de ella; por la pérdida de un pie, la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella y por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas, cuando menos.

Se entiende por anquilosis la imposibilidad de movimiento de una articulación normalmente móvil.

SECCIÓN II. BENEFICIOS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 1ª. PROTECCIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la Póliza, el asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente, la Compañía pagará la suma asegurada contratada para este beneficio, inmediatamente después de transcurrido el periodo continuo de tres meses de espera contados a partir de la fecha del acontecimiento que dio origen a dicho estado de invalidez total y permanente.

CLÁUSULA 2ª. COBERTURAS

1. BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PAGO DE LA SUMA ASEGURADA (BITP):

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, si a consecuencia de una enfermedad o accidente y durante la vigencia de la Póliza y de esta Cláusula, algún miembro del Grupo se invalida en forma total y permanente.

2. BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PAGO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE ACCIDENTE (BITPA):

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, si a consecuencia de algún accidente sufrido durante la vigencia de la Póliza y de esta Cláusula, algún miembro del Grupo se invalida en forma total y permanente.

CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES

ESTOS BENEFICIOS NO SE CONCEDERAN CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE SUFRA EL ASEGURADO SE DEBA DIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE A:

- a) INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**

- b) LESIONES DE CUALQUIER CLASE SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REVOLUCION, REBELION, INSURRECCION, HUELGAS, ALBOROTOS POPULARES , TUMULTOS Y CONMOCION CIVIL**
- c) TERRORISMO CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO SUJETO ACTIVO DEL MISMO.**
- d) LESIONES SUFRIDAS AL PARTICIPAR DIRECTAMENTE EL ASEGURADO EN ACTOS DELICTUOSOS.**

- e) ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE A BORDO DE UNA AERONAVE, EXCEPTO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN UN AVION DE COMPAÑIA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON BOLETO PAGADO, EN VIAJE DE ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS ESTABLECIDOS.**
- f) ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA PARTICIPACION DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA CELEBRACION DE PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHICULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- g) ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERIA, ESQUI O TAUROMAQUIA.**
- h) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, ENTENDIENDOSE POR TALES AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE PROVOCARAN UN GASTO, HAYAN SIDO APARENTES A LA VISTA, DIAGNOSTICADOS POR UN MEDICO, O LOS QUE POR SUS SINTOMAS O SIGNOS NO PUEDAN PASAR DESAPERCIBIDOS.**
- i) ESTADOS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR PADECIMIENTOS QUE SE HAYAN ORIGINADO DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTÉ AL MOMENTO DEL SINIESTRO BAJO LA INFLUENCIA DE ALGUN ENERVANTE, ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MEDICO, ASI COMO LOS QUE SE ORIGINEN POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO Y/O A CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.**

CLÁUSULA 4ª. CANCELACION AUTOMATICA DE ESTOS BENEFICIOS

Los beneficios adicionales en el caso de Invalidez Total y Permanente, dejarán de estar en vigor, sin necesidad de comunicación expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado alcance la edad cumplida de 60 años.

CLÁUSULA 5ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Documentos, Datos e Informes que el Asegurado debe rendir a la Compañía.

Para el pago de la indemnización establecida para estos beneficios, se deberá presentar de la Compañía documentos comprobatorios del estado de invalidez total y permanente del Asegurado y demostrar que dicho estado ocurrió durante la vigencia de la Póliza.

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

CLÁUSULA 6ª. MEDIDAS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS

- a) Los Asegurados que soliciten el otorgamiento de la indemnización que corresponde a este beneficio y los inválidos que hayan sido indemnizados por éste, deberán sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que la Compañía estime necesarias, para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez total y permanente.

CLÁUSULA 7ª. DEFINICIONES

a) Causas Inmediatas de Invalidez

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

b) Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de tres meses de espera contados a partir de la fecha del acontecimiento que dio origen a dicho estado de invalidez total y permanente.

c) Autoridad o Institución que puede emitir un dictamen válido que acredite el estado de invalidez total y permanente

La declaración de invalidez total y permanente deberá ser realizada por cualquier Institución de Seguridad Social o por un Médico especialista en la materia y certificado por el concejo de la especialidad correspondiente. En este caso el dictamen válido para otorgar el pago de este beneficio será el que se estima de "naturaleza permanente".

SECCIÓN III. OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO POR GASTOS DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIARES

CLÁUSULA 1ª .RIESGO CUBIERTO

La Compañía se obliga a pagar los gastos de transporte que el Asegurado tenga que realizar para trasladarse a otro Estado de la República Mexicana, a consecuencia de la muerte de un familiar directo (cónyuge, padres, hermanos e hijos) con residencia en dicho Estado.

CLÁUSULA 2ª. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será igual a \$2,000.00 o bien cualquier otra cantidad establecida a petición del Contratante, la cual se indica en la carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 3ª. CANCELACION AUTOMATICA DE ESTE BENEFICIO

Este beneficio adicional dejará de estar en vigor, sin necesidad de comunicación expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el miembro asegurado alcance los 65 años de edad.

CLÁUSULA 4ª. EDAD

Los límites fijados por la Compañía son de 15 años de edad como mínimo y de 64 años como edad límite máxima.

BENEFICIO POR GASTOS FUNERARIOS

CLÁUSULA 1ª .RIESGO CUBIERTO

La Compañía se obliga a pagar los gastos por Servicio Funerarios hasta la suma asegurada contratada mediante la obligación del pago de la prima convenida, si el asegurado o sus dependientes descritos como tales dentro de la Especificación fallecen dentro de la vigencia de esta Póliza.

CLÁUSULA 2ª. DEPENDIENTES

Para efectos de este beneficio, se entenderá por dependiente del asegurado titular, el cónyuge que posea legalmente tal carácter, los hijos solteros menores de 26 años de edad (hasta dos), y el padre y la madre del asegurado.

CLÁUSULA 3ª. BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del Grupo Asegurado puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de los beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

La misma regla se observará cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.

CLÁUSULA 4ª. SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada será la cantidad establecida a petición del Contratante, con un límite máximo de 60 Salarios Mínimos Generales vigentes en el Distrito Federal en la fecha de contratación del seguro, la cual se indica en la carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 5ª. INDEMNIZACION:

Los últimos beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la cláusula de beneficiarios.

La suma asegurada que se pagará será el importe de los gastos por servicios funerarios contratados, previa comprobación de éstos y con un límite máximo de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza. De existir un remanente después de cubrir los gastos de los servicios funerarios, éste será pagado conforme a lo establecido en la cláusula de beneficiarios.

CLÁUSULA 6ª. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTE BENEFICIO

El beneficio adicional de Gastos Funerarios, dejará de estar en vigor, sin necesidad de comunicación expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado alcance la edad cumplida de 65 años, o en el siguiente aniversario posterior al pago de cualquiera de las indemnizaciones por pérdida de miembros.

SECCION IV. CLÁUSULA DE ANTICIPO PARA ÚLTIMOS GASTOS

CLÁUSULA 1ª. RIESGO CUBIERTO

La Compañía se compromete, en el momento de ocurrir el fallecimiento de algún Asegurado, amparado en la Póliza, y siempre que la Póliza se encuentre en vigor, a cumplir con lo que se especifica a continuación:

CLÁUSULA 2ª. PAGO DE ANTICIPO

Proporcionar un anticipo hasta del 30% de la Suma Asegurada de la cobertura básica, sin que este pago exceda de dos años de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en esa fecha.

CLÁUSULA 3ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para tener derecho a este pago, bastará con presentar el Certificado Médico de Defunción del Asegurado, y que la parte de la suma asegurada a la que tenga derecho el beneficiario que lo solicite, sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

CLÁUSULA 4ª. MEDIDAS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS

La cantidad que por este concepto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que tenga derecho el beneficiario al que se le pagó el anticipo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES

- a) Cuota promedio: **La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total, sin incluir la prima de la Sección III Otros Beneficios.**

CLÁUSULA 2ª. PRIMA

- a) La prima total del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada para la cobertura básica, así como para los beneficios adicionales contratados.
- b) En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el periodo en las Secciones I, II y III.
- c) A cada miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio y se hará el ajuste correspondiente al final de la vigencia.
- d) En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los treinta días de espera, la Compañía deducirá de la indemnización a la que se tenga derecho por el seguro, la prima vencida correspondiente a los treinta días naturales de espera no pagada de la totalidad del grupo.
- e) La prima a cargo del Contratante, vence en el momento de la celebración del contrato y de los convenios posteriores que afecten la Póliza y den lugar a pago de primas adicionales.
- f) Si el Contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes, con vencimiento al inicio de cada período pactado y se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y la Compañía al momento de la celebración por pagos fraccionados.
- g) Los efectos de este contrato, cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas (mediodía) del último día del período de espera, si el Contratante no hubiese cubierto el total de la prima o de su fracción pactada.
- h) La prima convenida debe ser pagada en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

CLÁUSULA 3ª. RENOVACIÓN

La Compañía estará obligada a renovar el contrato en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo a la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 4ª. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía entregará al Contratante el Registro de Asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante una relación que formará parte integrante del propio registro. El Registro de Asegurados deberá contener número del certificado individual, nombre y edad de cada uno de los miembros del Grupo asegurado, suma asegurada correspondiente y fecha de vigencia del seguro.

CLÁUSULA 5ª. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO

Los miembros que ingresen al Grupo Asegurado posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico si están en servicio activo de tiempo completo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable y entreguen por medio del contratante el consentimiento para ser asegurados.

Para los miembros que ingresen al Grupo asegurable que no cumplan con los requisitos arriba indicados, la Compañía podrá exigir requisitos de asegurabilidad y quedarán incluidos desde la fecha de aceptación por parte de la Compañía.

En caso de incremento mayor al 10% del número de participantes o Suma Asegurada total del Grupo asegurado, el contratante debe dar aviso a la Compañía en un plazo no mayor a 30 días para que la Compañía pueda hacer el ajuste correspondiente.

CLÁUSULA 6ª. BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

En este caso, la Compañía devolverá al Contratante la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados y por lo tanto continuarán dentro del seguro, sujeto a las condiciones generales o particulares de esta Póliza, hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

En los casos de Pólizas en las cuales el Asegurado participe en el pago de la prima y el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a la que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la Compañía.

En caso de disminución del 10% del número de participantes o de la Suma Asegurada total del Grupo asegurado, el contratante deber dar aviso a la Compañía en un plazo no mayor a 30 días para que la Compañía pueda hacer el ajuste correspondiente.

CLÁUSULA 7ª. LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas para este contrato.

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

CLÁUSULA 8ª. EDAD

Los límites fijados por la Compañía para la admisión del seguro son 15 años de edad como mínimo y 69 años como máximo.

- a) La edad de los Asegurados, asentada en los Certificados Individuales de Seguro, deberá comprobarse presentando prueba fehaciente a la Compañía, la que extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas. Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.
- b) Si en vida de los Asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al expedirse los Certificados Individuales de Seguro, estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta póliza, el contrato se rescindirá respecto del miembro del Grupo cuya edad haya estado fuera del límite, el respectivo Certificado Individual carecerá de valor y será devuelta al Contratante solo la parte no devengada de la última prima pagada por concepto del seguro correspondiente al expresado miembro.
- c) Si en vida de los Asegurados se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos es diferente a la edad declarada, pero dentro de los límites de aceptación, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado Individual, en este caso, deberá ajustarse la prima que corresponde a la edad real, desde la fecha en que operó el cambio.

CLÁUSULA 9ª. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo, en cualquiera de los Planes individuales de seguro en que opere dicha Compañía, con excepción del Seguro Temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

Los Asegurados que hubieran adquirido Seguro Individual tendrán derecho a formar parte nuevamente del Grupo, siempre que presenten requisitos satisfactorios de asegurabilidad a la Compañía y cumplan con los requisitos para ser parte del Grupo Asegurado.

CLÁUSULA 10ª. MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos o cláusulas adicionales registradas previamente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

CLÁUSULA 11ª. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados, salvo exclusiones establecidas en esta Póliza.

CLÁUSULA 12ª. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

El Contratante y el Asegurado, en la proporción que contribuyan al pago de la prima de la cobertura básica y los beneficios incluidos en la Sección I y II de las Condiciones Particulares de esta póliza, participarán de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de mortalidad favorable, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 13ª. DISPUTABILIDAD

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

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

CLÁUSULA 14ª. SUICIDIO

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua del contrato 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 parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual. Este será el pago total que hará la Compañía por concepto del expresado miembro.

CLÁUSULA 15ª. BENEFICIARIOS

- a) Los Asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar los beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la designación, remitiendo el Certificado Individual para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y se le pague al último beneficiario del que se tenga conocimiento, la Compañía quedará liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza.
- b) Los Asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiarios, siempre que lo notifiquen por escrito a los beneficiarios y a la Compañía y que conste en los Certificados Individuales, para lo cual habrán de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.
- c) 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, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
- d) En caso de ocurrir un siniestro y no hubiere beneficiarios designados, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión del asegurado según la ley aplicable en la materia.
- e) La misma regla se observará en caso de que el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiere hecho nueva designación. Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 165. "El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible."

- f) Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios correspondientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

CLÁUSULA 16ª. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando haya cambio del Contratante en el caso de empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, en los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio; sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión por escrito al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

CLÁUSULA 17ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados a partir de la fecha en que se originaron, en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a las que refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Art. 81: Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Art. 82: El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

CLÁUSULA 18ª. COMPETENCIA

La competencia para presentar una reclamación en contra de la Compañía de Seguros será determinada, a elección del reclamante, en el domicilio de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones a que se refiere el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en cualquiera de sus delegaciones.

En caso de controversia, será prerrogativa del reclamante acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ya sea en sus oficinas centrales, o en las delegaciones de la misma, o directamente ante los Tribunales competentes de acuerdo a lo establecido por el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CLÁUSULA 19ª. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CLÁUSULA 20ª. MONEDA

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago.

CLÁUSULA 21ª. COMUNICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato deberá enviarse a la Compañía, por escrito, precisamente a su domicilio indicado en la Carátula de esta Póliza.

CLÁUSULA 22ª. CONTRATO

Esta Póliza, la Solicitud, el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos, los Certificados Individuales y las Cláusulas Adicionales así como los endosos que se agreguen, forman parte y constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la Compañía.

CLÁUSULA 23ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha de expedición de esta póliza, o desde el momento en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo ha aceptado. En caso de ingreso posterior al Grupo Asegurado posterior a la fecha de inicio de vigencia, aplica la cláusula 5ª y 6ª de las condiciones generales de esta póliza.

CLÁUSULA 24ª. ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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”.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número **CNSF-S0080-0598-2005** de fecha **07/12/2005**".