



Condiciones Generales

Seguro De Vida Grupo

Deudores Optimus

CONDICIONES GENERALES

**SEGURO DE VIDA GRUPO
“DEUDORES OPTIMUS”**

ÍNDICE

	Página
DEFINICIONES	1
COBERTURA BÁSICA	2
COBERTURAS OPCIONALES	3
CLÁUSULAS	7

INTRODUCCIÓN

Insignia Life, S.A. de C.V., en adelante denominada LA COMPAÑÍA, de acuerdo con las Condiciones Especiales y las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo DEUDORES OPTIMUS y en consideración a las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro – documentos que constituyen el contrato–, asegura la vida de cada uno de los ASEGURADOS señalados en LA PÓLIZA.

Las Condiciones Especiales de LA PÓLIZA prevalecen sobre las Condiciones Generales.

El presente documento comprende las Condiciones Generales de su seguro de Vida Grupo DEUDORES OPTIMUS, las cuales regirán los derechos y obligaciones entre usted y LA COMPAÑÍA.

Es muy importante que EL ASEGURADO y EL CONTRATANTE exijan a su Agente de Seguros le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Especiales de su PÓLIZA.

DEFINICIONES

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte de EL ASEGURADO o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

ASEGURADOS: Deudores de EL CONTRATANTE que, previa autorización escrita por LA COMPAÑÍA, se convierten en ASEGURADOS desde el momento de la firma de los Contratos de Crédito celebrados entre EL CONTRATANTE y sus deudores, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad que establecen las presentes CONDICIONES GENERALES.

Beneficiarios: Persona o personas designadas como tales por EL ASEGURADO en el *consentimiento individual* de EL ASEGURADO.

Certificado Individual: Documento que se le entrega a cada uno de los miembros del grupo asegurado. Contiene: a) el nombre completo de EL ASEGURADO, b) las coberturas contratadas, c) las sumas aseguradas, d) el nombre de los beneficiarios y e) el nombre de EL CONTRATANTE.

Condiciones Especiales: Coberturas y convenios específicos asentadas en LA POLIZA que prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

Condiciones Generales: Documento que se entrega junto con LA PÓLIZA en el que se asientan: a) las definiciones (categorías utilizadas en el Contrato de Seguro); b) las cláusulas (acuerdos del Contrato de Seguro) y c) las coberturas (riesgo (s) específico (s) que cubre el Contrato de Seguro).

Consejo de médicos: Grupo integrado por dos médicos elegidos por EL ASEGURADO, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por LA COMPAÑÍA. Si EL ASEGURADO lo desea, él podrá proponer un tercer médico, con el único requisito de que sea médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.

Consentimiento Individual de cada ASEGURADO: Aceptación de cada uno de los miembros del grupo asegurado para poder quedar asegurado en LA PÓLIZA.

CONTRATANTE: Persona que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sus deudores.

Contrato de Crédito: Contrato independiente celebrado entre EL CONTRATANTE y sus deudores con motivo del préstamo que otorga él a ellos.

Contrato de Seguro: Contrato conformado por: 1) la solicitud maestra, 2) las presentes CONDICIONES GENERALES, 3) LA PÓLIZA (con sus endosos –si los hubiera-), 4) el consentimiento de cada ASEGURADO, 5) el Certificado Individual, 6) la relación de ASEGURADOS (anexa a LA PÓLIZA). Bajo este Contrato de Seguro quedan amparados todos LOS ASEGURADOS que integran LA PÓLIZA.

Cuota Mensual: Importe que EL ASEGURADO paga cada mes a EL CONTRATANTE para liquidar la deuda originada con el contrato de crédito, sin incluir pagos accesorios, penalidades, intereses moratorios ni cargos adicionales.

Endoso: Texto dentro de LA PÓLIZA o documento anexo a LA PÓLIZA que modifica, previo acuerdo entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA, las condiciones del Contrato de Seguro. Todo endoso deberá llevar siempre la firma de LA COMPAÑÍA.

Enfermedad o Padecimiento: Todo trastorno de la salud debido a causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico-quirúrgico.

Enfermedades o Padecimientos Preexistentes: Enfermedades o padecimientos que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Asimismo Enfermedades o padecimientos que erogaron algún gasto para su tratamiento.

Periodo de Gracia: Lapso de tiempo que tiene EL CONTRATANTE para liquidar la prima correspondiente. Contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Aparece indicado en los recibos de pago.

Póliza: Documento que contiene los derechos y obligaciones de las partes. En él quedan asentados: a) los nombres y domicilios de las partes, b) la firma de LA COMPAÑÍA, c) las coberturas amparadas, d) las sumas aseguradas, e) la vigencia del Contrato de Seguro, f) las primas del Contrato de Seguro, g) las condiciones especiales.

Recibo de Pago: Documento en el que se establece la prima que deberá pagar EL CONTRATANTE. En él se especifica el periodo que se cubre con la prima por pagar y la fecha de vencimiento del pago.

Relación de ASEGURADOS: Listado que incluye el nombre completo de LOS ASEGURADOS, las coberturas contratadas y la fecha de alta.

Saldo Insoluto: Parte de la deuda pendiente y no vencida que no ha sido cubierta por los deudores a EL CONTRATANTE, sin incluir pagos accesorios, penalidades, intereses moratorios ni cargos adicionales.

Solicitud Maestra: Documento indispensable –acompañado por el consentimiento de cada integrante del grupo– para la emisión de LA PÓLIZA, el cual deberá ser llenado y firmado por EL CONTRATANTE.

Suma Asegurada: Límite de responsabilidad máxima que tiene LA COMPAÑÍA con cada ASEGURADO por cada Cobertura contratada.

Vigencia: Período pactado de cobertura amparado por el Contrato de Seguro.

COBERTURA BÁSICA

Esta Cobertura consiste en que LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento de EL ASEGURADO. Para que la cobertura se haga efectiva se deberán cumplir los requisitos de las presentes CONDICIONES GENERALES.

Al ser un seguro de deudores, tiene como finalidad cubrir el saldo insoluto de un crédito únicamente AL CONTRATANTE, quien funge como beneficiario irrevocable, al sobrevenir el fallecimiento de EL ASEGURADO.

La Suma Asegurada para esta cobertura es el Saldo Insoluto del Contrato de Crédito.

COBERTURAS OPCIONALES

A. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)

LA COMPAÑÍA conviene en pagar, seis meses después de la fecha en que se dictamine Invalidez Total y Permanente, la suma asegurada contratada para esta Cobertura, a EL ASEGURADO que quede inválido total y permanentemente.

La Suma Asegurada para esta cobertura es el Saldo Insoluto del Contrato de Crédito.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

- a) La pérdida total de facultades o actividades de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que la imposibilite para desempeñar su trabajo para la cual esté preparada de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia el resto de su vida.
- b) A fin de determinar esta Invalidez se requerirá que haya sido continua durante un periodo de espera establecido en LA PÓLIZA —seis meses—.

Se entenderá por capacidad de trabajo la facultad de EL ASEGURADO para realizar:

- a) los actos esenciales para cualquier actividad para la cual esté preparado EL ASEGURADO de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia.

Lo anterior será evaluado de la siguiente manera:

1. Si EL ASEGURADO pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por alguno de estos organismos.
2. La declaración de invalidez de EL ASEGURADO por parte de algún organismo privado sólo tendrá para LA COMPAÑÍA un valor meramente informativo y referencial.
3. En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto no. 1, se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.
4. En caso de controversia, la Invalidez Total y Permanente deberá ser evaluada por un consejo de médicos titulados con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión, avalado tanto por EL ASEGURADO como por LA COMPAÑÍA. Es importante hacer mención que el Médico de LA COMPAÑÍA que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.
5. Queda convenido que LA COMPAÑÍA podrá exigirle a EL ASEGURADO las pruebas necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. En este caso, LA COMPAÑÍA analizará la Invalidez Total y Permanente de EL ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente, conforme a los conceptos especificados en la definición de Invalidez anteriormente enunciada. EL ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite LA COMPAÑÍA, incluyendo las de detección del virus VIH o sero positivo —de ser el caso— y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA, incluyendo las pruebas medicas referidas de detección del virus VIH o sero positivo.
6. En cualquiera de los dos casos anteriores se considerarán supuestos de Invalidez Total y Permanente la pérdida total e irreparable de:
 - Ambas manos.
 - Ambos pies.
 - La vista al 100% de ambos ojos.
 - Una mano y la vista al 100% de un ojo.

- Un pie y la vista al 100% de un ojo.
- Una mano y un pie.
- La audición al 100% en ambos oídos.

Se entenderán por pérdidas lo siguiente:

- Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
 - Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
 - Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% en un ojo.
 - Pérdida de la audición (acusia bilateral).
- Una vez finalizado el período de espera de seis meses, desde el inicio de la incapacidad y siempre y cuando EL ASEGURADO hubiere proporcionado en su totalidad la documentación requerida, LA COMPAÑÍA determinará en un máximo de 30 días si ha ocurrido la Invalidez Total y Permanente.
 - Cabe aclarar que si la Invalidez Total y Permanente es declarada por cualquier causa referente al punto 6 anterior, no procederá el período de espera de seis meses.
 - Esta Cobertura de Pago Adicional de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI) quedará cancelada automáticamente para EL ASEGURADO, sin necesidad de declaración expresa de LA COMPAÑÍA, en el aniversario de LA PÓLIZA en el cual la edad cumplida de EL ASEGURADO sea de 65 años o cuando se haya pagado el 100% de la suma asegurada contratada para esta Cobertura.

Apartados de la Cobertura de Invalidez

Apartado 1 Edad

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para esta Cobertura son 18 años de edad como mínimo y 64 años de edad como máximo. Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente cuando en el aniversario de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO tenga cumplidos 65 años. La fecha de nacimiento de EL ASEGURADO deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante.

Apartado 2 Prima

LA COMPAÑÍA concede esta Cobertura mediante el pago de una prima adicional por cada una de ellas, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA en los términos de las presentes Condiciones Generales.

Apartado 3 Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Invalidez arriba descrita, de que la Invalidez Total y Permanente ha ocurrido durante la vigencia de LA PÓLIZA. Los documentos que deberá de presentar EL ASEGURADO acompañado del Dictamen de Invalidez Total y Permanente son:

- Si EL ASEGURADO pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por alguno de estos organismos.
- En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto no. 1, se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.

El Dictamen de Invalidez Total y Permanente deberá presentarse con los estudios de laboratorio y gabinete que respalden el Dictamen.

Apartado 4 Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente que sufra EL ASEGURADO se deba a:

1. **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio ASEGURADO;**
2. **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, en alborotos populares o en actos de insurrección;**
3. **Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por EL ASEGURADO;**
4. **Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando él viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular;**
5. **Accidentes que ocurran por participación directa de EL ASEGURADO durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;**
6. **Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor;**
7. **Accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre realizando actividades de esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre/acuático, fútbol americano o ciclismo.**
8. **Lesiones recibidas al participar EL ASEGURADO en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
9. **Padecimientos mentales;**
10. **Lesiones que sufra EL ASEGURADO, causadas por culpa grave de éste, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica;**
11. **Envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental;**

B. AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS (GF)

Esta Cobertura opcional consiste en que LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la suma asegurada contratada en el certificado individual o, en su caso, en LA PÓLIZA, cuando EL ASEGURADO fallezca durante el plazo de vigencia de esta cobertura.

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para esta Cobertura son 18 años de edad como mínimo y 70 años de edad como máximo.

Exclusiones

Esta Cobertura no se concederá cuando la muerte de EL ASEGURADO:

- **Se deba a suicidio durante los dos primeros años de vigencia continua, contados desde la contratación de esta Cobertura o desde la rehabilitación de ella.**

C. DESEMPLEO

Esta cobertura consiste en el pago por parte de LA COMPAÑÍA a EL CONTRATANTE de la cuota mensual especificada en la Relación de Asegurados, cuando algún asegurado quede desempleado bajo los requisitos señalados en las presentes Condiciones Generales.

Se entenderá por DESEMPLEO, aquella situación de hecho en que EL ASEGURADO, dentro de la vigencia del seguro, deja de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados bajo un contrato por tiempo indeterminado, y que por causas ajenas y externas a su voluntad deja de percibir el correspondiente salario, sueldo, o cualquier otra retribución que paga el patrón por el trabajo prestado.

Elegibilidad

Son elegibles para esta cobertura las personas que antes de la fecha de inicio de la póliza y/o certificado individual estén empleados de forma subordinada y de tiempo completo bajo un contrato de tiempo indeterminado de forma ininterrumpida por un periodo no menor a 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio de vigencia del seguro y laboren para una empresa que este constituida legalmente.

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para esta Cobertura son 18 años de edad como mínimo y 59 años de edad como máximo. Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente cuando en el aniversario de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO tenga cumplidos 60 años.

Período de carencia

Es el lapso de 30 días naturales contados a partir del inicio de la vigencia de esta cobertura, que debe transcurrir para tener derecho al beneficio correspondiente. Solo procederán las reclamaciones cuando el desempleo ocurra después de concluido el periodo de carencia.

Procedimiento

LA COMPAÑÍA realizará el pago de la cuota mensual cada 30 días naturales consecutivos de desempleo de EL ASEGURADO y hasta el periodo máximo de indemnización contratado que se indica en la póliza o, en su caso, en el certificado individual.

El número de mensualidades por desempleo que LA COMPAÑÍA cubrirá a EL ASEGURADO serán como máximo 3.

La primera mensualidad por desempleo que LA COMPAÑÍA pagará a EL CONTRATANTE, será la cuota mensual que EL ASEGURADO debiera pagar, posterior a la pérdida del empleo.

Si EL ASEGURADO consigue empleo durante el periodo de pago de indemnización deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA en un término no mayor a 10 días, cesando de esta forma por parte de LA COMPAÑÍA, el pago de las cuotas mensuales restantes a EL CONTRATANTE.. Si posteriormente, y dentro de la vigencia de la póliza, EL ASEGURADO vuelve a perder el empleo, tendrá derecho a la indemnización restante, de acuerdo al plan contratado.

Si EL ASEGURADO omite dar el aviso antes señalado, perderá automáticamente su derecho a continuar asegurado bajo esta póliza.

Si EL ASEGURADO continúa sin conseguir empleo después del período máximo de indemnización contratado, las obligaciones de LA COMPAÑÍA para esta cobertura cesarán al final de dicho periodo

Exclusiones de esta cobertura

En ningún caso LA COMPAÑÍA estará obligada cuando:

- 1. EL ASEGURADO renuncie o exista pérdida voluntaria del trabajo.**
- 2. Al momento de contratar la cobertura, la Empresa para la que trabaja EL ASEGURADO se encontrara en proceso de liquidación.**
- 3. El contrato de trabajo de EL ASEGURADO sea por tiempo determinado.**
- 4. se produzca para EL ASEGURADO cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.**
- 5. EL ASEGURADO no hubiese trabajado cuando menos doce meses continuos bajo un contrato laboral de tiempo indefinido previo al momento de ocurrir la situación de desempleo.**
- 6. EL ASEGURADO sea trabajador, comerciante o profesionista que labore de forma independiente y esté percibiendo un ingreso (Auto-empleado).**
- 7. La rescisión de la relación de trabajo de EL ASEGURADO sea por causa justificada derivada del incumplimiento a sus obligaciones laborales o por incurrir en alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**
- 8. Se produzca un estado de “Invalidez Total y Permanente”, “Invalidez Total y Temporal”, “Invalidez Parcial y Temporal” o “Invalidez Parcial y Permanente” de EL ASEGURADO.**
- 9. Se produzca jubilación, pensión o retiro de cualquier tipo de EL ASEGURADO.**
- 10. EL ASEGURADO esté en edad fuera de los límites de aceptación de LA COMPAÑÍA.**

11. **Se produzcan programas anunciados por el empleador de EL ASEGURADO para reducir la fuerza de trabajo o se inicien despidos de manera específica o general, previos a la fecha de inicio de vigencia de la PÓLIZA.**

CLÁUSULAS

CLÁUSULA 1ª VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

Salvo pacto en contrario, la vigencia del Certificado Individual será desde las 12:00 horas de la fecha de alta hasta las 12:00 horas del día indicado para la finalización de la cobertura de LA PÓLIZA.

CLÁUSULA 2ª MODIFICACIONES

LA PÓLIZA, sus CONDICIONES GENERALES y LAS CONDICIONES ESPECIALES, si las hubiera, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO con LA COMPAÑÍA. Estas modificaciones deberán hacerse constar por escrito a través de endosos expedidos por LA COMPAÑÍA. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por LA COMPAÑÍA carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 3ª RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de LA PÓLIZA o sus modificaciones no concordaren con la oferta, EL ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba LA PÓLIZA. Transcurrido este plazo, se considerará aceptada LA PÓLIZA y sus modificaciones si las hubiera (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 5ª NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o notificación relacionada con el Contrato de Seguro deberá presentarse a LA COMPAÑÍA, por escrito, precisamente en el domicilio de ésta, el cual aparece en LA PÓLIZA.

CLÁUSULA 6ª EDAD

La edad de aceptación de LOS ASEGURADOS para la cobertura básica es 18 años de edad como mínima y 70 años de edad como máxima. Para cada cobertura opcional se precisa en cada uno de sus apartados.

Se considera como edad de EL ASEGURADO la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro. La fecha de nacimiento de EL ASEGURADO deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constancia en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante.

CLÁUSULA 7ª AJUSTE POR EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA no podrá rescindir LA PÓLIZA, a no ser que la edad real al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro esté fuera de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, en cuyo caso se devolverá a EL ASEGURADO la reserva matemática en la fecha de rescisión.

CLÁUSULA 8ª

PRIMAS

La prima de seguro *vence* y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato, salvo pacto en contrario.

El Contratante podrá optar por pagar de manera fraccionada la prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales. El primer pago vencerá en la fecha de celebración del Contrato. Los pagos subsecuentes *vencerán* al inicio de cada periodo pactado.

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Y si los pagos subsecuentes de las primas parciales no hubiesen sido cubiertos dentro del término de tres días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega de la constancia expedida por ella, o en la institución bancaria autorizada contra entrega del comprobante emitido por esta institución.

CLÁUSULA 9ª

MONEDA

Todo pago relativo al Contrato de Seguro, ya sea por parte de EL CONTRATANTE o de LA COMPAÑÍA, se efectuará en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente, en la fecha de pago. Los pagos se efectuarán en las oficinas de LA COMPAÑÍA o ante la institución bancaria autorizada para este fin contra entrega del recibo expedido por LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA 10ª

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en cinco años por lo que respecta a la cobertura de vida, mientras que para las demás coberturas el plazo de la prescripción será de dos años, en ambos casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo señalado no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que LA COMPAÑÍA 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.

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

CLÁUSULA 11ª

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

EL CONTRATANTE y LOS ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, en la solicitud y en los cuestionarios relativos al Seguro, todos los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido, de pleno derecho, el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Opera para ASEGURADOS que formulen su solicitud de seguro 30 días después de haber ingresado al grupo.

CLÁUSULA 11ª

INDISPUTABILIDAD

El Contrato de Seguro será indisputable excepto durante los dos primeros años de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos que son necesarios conocer -y que deben ser proporcionados por EL

ASEGURADO- para la apreciación del riesgo. Opera para ASEGURADOS que formulen su solicitud de seguro 30 días después de haber ingresado al grupo.

CLÁUSULA 12ª COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a elección del reclamante, acudir a cualquiera de sus Delegaciones en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

CLÁUSULA 13ª 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 indemnizar, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado o a sus beneficiarios, una indemnización, por mora, de acuerdo con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que a la letra dice:

ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

CLÁUSULA 14ª SUICIDIO

LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda obligación de pago en caso de que la muerte de EL ASEGURADO ocurra por suicidio –cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico de EL ASEGURADO –dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado. En este caso, el único derecho de EL CONTRATANTE será la devolución de la reserva matemática correspondiente.

CLÁUSULA 15ª INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO

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 del 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.

CLÁUSULA 16ª REHABILITACIÓN

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de primas, EL CONTRATANTE podrá, en cualquier momento, proponer la rehabilitación del Contrato a LA COMPAÑÍA, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- a) La solicitud deberá llegar por escrito a LA COMPAÑÍA;
- b) Se deberá comprobar a LA COMPAÑÍA que EL ASEGURADO reúne, en la fecha de la solicitud, los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA;
- c) EL CONTRATANTE deberá cubrir las primas en descubierto, los intereses por mora a la tasa de interés pactada, así como cualquier otro adeudo derivado del Contrato de Seguro;
- d) El Contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito a EL CONTRATANTE haber aceptado la propuesta de la rehabilitación correspondiente.

CLÁUSULA 17ª ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

a) Altas

Mientras esté en vigor el Contrato de Seguro, LA COMPAÑÍA incluirá bajo la protección de LA PÓLIZA nuevos miembros del grupo definida en la relación de ASEGURADOS. EL CONTRATANTE se obliga a solicitar por escrito a LA COMPAÑÍA el nuevo ingreso indicando las Coberturas y el Plan por contratar. Para determinar la protección que corresponda, LA COMPAÑÍA deberá contar con la Solicitud y el Consentimiento debidamente requisitados por el miembro que se va a asegurar.

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 COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA 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.

b) Bajas

Causarán baja de LA PÓLIZA las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo. EL CONTRATANTE deberá informar la baja inmediatamente, por escrito, a LA COMPAÑÍA. Queda entendido en el Contrato de Seguro cesará para estas personas desde el momento de su separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de LA COMPAÑÍA –a causa de omisión o negligencia en el aviso de baja– obliga a EL CONTRATANTE a reintegrar ese pago a LA COMPAÑÍA. No se considerarán separados definitivamente LOS ASEGURADOS que sean jubilados o pensionados y por lo tanto continuaran dentro de LA PÓLIZA hasta la terminación del periodo del Seguro en curso.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, LA COMPAÑÍA restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

CLÁUSULA 18ª RENOVACION DEL CONTRATO

LA COMPAÑÍA renovará el contrato de Seguro de Grupo en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del presente 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 en las notas técnicas respectivas.

CLÁUSULA 19ª AVISO DEL SEGURO

EL CONTRATANTE hará saber a los deudores la existencia de LA PÓLIZA y les informará acerca de los beneficios de ella. Al hacerse a EL CONTRATANTE cualquier pago con motivo del Seguro a que se refiera LA PÓLIZA deberá entregarse a LA COMPAÑÍA, además del recibo finiquito correspondiente, la documentación que ampara el saldo insoluto.

CLÁUSULA 20ª CRÉDITOS QUE NO CUBRE LA PÓLIZA

Se considerarán excluidos de LA PÓLIZA, en todos los casos:

- Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.
- Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- Pagos accesorios derivados del Contrato de Crédito, así como cualquier pago derivado de penas convencionales, intereses moratorios o cargos adicionales distintos a la cuota mensual.

CLÁUSULA 21ª TERMINACIÓN

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA, por cada ASEGURADO, cesará automáticamente:

- Por pago del adeudo del Contrato de Crédito.
- Por traspaso del adeudo del Contrato de Crédito.
- Por pago de la indemnización contratada.

CLÁUSULA 22^a
PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA

En caso de la cancelación de LA PÓLIZA o de bajas de ASEGURADOS mediante un endoso, LA COMPAÑÍA devolverá a EL CONTRATANTE la prima de tarifa no devengada, la cual se calculará como la prima pagada multiplicada por el siguiente factor de acuerdo a la fecha de baja de ASEGURADOS o cancelación de LA PÓLIZA.

$$\text{Factor} = \frac{\text{Número de días entre la fecha de baja del asegurado y la fecha de fin de la cobertura}}{\text{Número de días de vigencia de la cobertura}}$$

CLÁUSULA 23^a
SUMA ASEGURADA

EL ASEGURADO o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que LA COMPAÑÍA pague a EL CONTRATANTE el importe del saldo insoluto cubierto por el seguro.

CLÁUSULA 24^a
BENEFICIARIO

Designación de Beneficiario

Se entiende por Beneficiario a la persona o personas que EL ASEGURADO designe como tales en el consentimiento individual.

Cambio de Beneficiario

EL ASEGURADO tendrá derecho de hacer nueva designación de Beneficiario en cualquier tiempo, siempre que no hubiera renunciado expresamente a este derecho y LA PÓLIZA se encuentre en vigor. Esta designación deberá hacerse mediante notificación por escrito a LA COMPAÑÍA. En caso de fallecimiento, LA COMPAÑÍA finiquitará toda su responsabilidad al pagar la suma asegurada al último Beneficiario designado por EL ASEGURADO.

Beneficiario irrevocable

EL ASEGURADO tendrá derecho a renunciar al cambio de Beneficiario designando un Beneficiario irrevocable. Para ello comunicará al Beneficiario irrevocable y a LA COMPAÑÍA esta renuncia, la cual se hará constar forzosamente en LA PÓLIZA. Esta constancia de renuncia será el único medio de prueba admisible.

Ausencia de Beneficiario

Cuando no haya Beneficiario designado, la suma asegurada se pagará a la sucesión legal de EL ASEGURADO. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y EL ASEGURADO mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiera hecho nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que muera antes que EL ASEGURADO se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, salvo pacto en contrario.

Beneficiarios menores de edad

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que cobre la indemnización. Lo anterior en virtud de que 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 nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo 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.

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-S0111-0658-2014** de fecha **10/12/2014**.