



Condiciones Generales

Seguro De Vida Grupo

Mi Herencia

CONDICIONES GENERALES

**SEGURO DE VIDA GRUPO
MI HERENCIA**

ÍNDICE

	Página
DEFINICIONES.....	1
COBERTURA BÁSICA.....	2
COBERTURAS OPCIONALES.....	2
CLÁUSULAS GENERALES.....	10

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 MI HERENCIA 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 MI HERENCIA, 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 a éste.

ASEGURADOS: Empleados en activo de EL CONTRATANTE que no se encuentren en un estado de invalidez total o temporal y que previa autorización escrita por LA COMPAÑÍA, se convierten en ASEGURADOS.

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 empleados en activo.

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.

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.

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.

Solicitud maestra: documento indispensable –acompañado por el consentimiento de cada empleado –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: periodo pactado de cobertura amparado por el Contrato de Seguro.

COBERTURA BASICA

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.

COBERTURAS OPCIONALES

A. COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTE

En caso de haberse contratado la cobertura opcional por accidente, EL ASEGURADO o EL CONTRATANTE podrán elegir la siguiente opción:

COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (MAPOA)

LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta Cobertura en caso de fallecimiento por accidente de EL ASEGURADO. La cobertura sufre efecto siempre y cuando el deceso ocurra dentro de los 90 días naturales posteriores al accidente.

Ahora bien, si a consecuencia de un accidente, dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del evento, EL ASEGURADO sufre pérdidas orgánicas.

LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO el porcentaje de la suma asegurada contratada para esta Cobertura, como se indica en la tabla siguiente:

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista al 100% de ambos ojos.....	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano y la vista al 100% de un ojo.....	100%
Un pie y la vista al 100% de un ojo.....	100%
Una mano o un pie	50%
La vista al 100% de un ojo.....	30%
El pulgar de cualquier mano.....	15%
El índice de cualquier mano.....	10%

Se entenderán por pérdidas orgánicas lo siguiente:

- a) Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
- b) Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
- c) Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% en un ojo.
- d) Pérdida del pulgar o índice: por separación de dos falanges completas en cada dedo.

La suma asegurada máxima que se pagará, en uno o más eventos, por pérdidas orgánicas será el 100% de la suma asegurada contratada para esta Cobertura.

Si a consecuencia de un mismo accidente EL ASEGURADO sufre pérdidas orgánicas y fallece dentro de los 90 días naturales posteriores al evento, se pagará sólo la suma asegurada de la Cobertura de Muerte Accidental.

Cuando se haga efectiva alguna indemnización por pérdidas orgánicas, en el siguiente aniversario de LA PÓLIZA esta Cobertura quedará cancelada y no podrá ser renovada.

Apartados de la Cobertura Opcional por Accidente

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional por Accidente

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

LA COMPAÑÍA ampara la Cobertura Opcional por Accidente mediante el pago de una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional por Accidente

Las indemnizaciones establecidas en la Cobertura Opcional por Accidente se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas de que la lesión o lesiones que causen la muerte de EL ASEGURADO haya ocurrido durante la vigencia de LA PÓLIZA.

Apartado 4

Cancelación automática de la Cobertura Opcional por Accidente

La Cobertura Opcional por Accidente terminará automáticamente para cada ASEGURADO sin necesidad de declaración expresa de LA COMPAÑÍA:

1. cuando en el aniversario de LA PÓLIZA, EL ASEGURADO tenga cumplidos 71 años;
2. cuando se haya agotado el 100% de la suma asegurada de la Cobertura Opcional afectada;

Apartado 5

Exclusiones para la Cobertura Opcional por Accidente

Las indemnizaciones correspondientes a la Cobertura Opcional por Accidente no se concederá cuando la muerte o pérdida orgánica que sufra EL ASEGURADO se deba a:

1. enfermedades, con excepción de las causadas por lesiones accidentales;
2. tratamiento médico quirúrgico, salvo cuando sea a consecuencia de un accidente;
3. lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase o en actos de guerra;
4. la participación directa de EL ASEGURADO en actos delictivos de carácter intencional;
5. lesiones recibidas al participar EL ASEGURADO en una riña, siempre que él haya sido el provocador;
6. accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos;
7. 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;
8. accidentes que ocurran mientras EL ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor;
9. 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.
10. inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental;
11. abortos, cualquiera que sea su causa;
12. radiaciones de cualquier tipo;
13. lesiones que sufra EL ASEGURADO, causadas por culpa grave de este, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar;
14. envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental;
15. lesiones provocadas intencionalmente por EL ASEGURADO;
16. suicidio.

B. COBERTURA OPCIONAL POR INVALIDEZ.

En caso de haberse contratado la cobertura opcional por Invalidez EL ASEGURADO ó EL CONTRATANTE podrán elegir la siguiente opción:

COBERTURA PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA POR 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.

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 solicitara un dictamen a un médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.
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:

- a) Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
 - b) Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
 - c) Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% en un ojo.
 - d) Pérdida de la audición (acusia bilateral).
7. 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.
8. 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.
9. 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 las Cobertura Opcional por Invalidez

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional por Invalidez

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional por Invalidez 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 para la Cobertura Opcional por Invalidez

LA COMPAÑÍA concede las Cobertura Opcional por Invalidez mediante el pago de una prima adicional, 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 para la Cobertura Opcional por Invalidez

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional por Invalidez 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.

Apartado 4

Exclusiones de la Cobertura Opcional por Invalidez

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional por Invalidez 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/acuatico, futbol 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;

C. OTRAS COBERTURAS OPCIONALES.

COBERTURA OPCIONAL DE AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE (GFC)

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del Grupo Asegurado, a quienes se les otorgue, de acuerdo a lo señalado en el consentimiento respectivo, gozarán del beneficio de ayuda económica para cubrir los gastos funerarios DEL CÓNYUGE de conformidad con las siguientes bases:

GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE: consiste en pagar al propio ASEGURADO, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si se prueba que EL CÓNYUGE del ASEGURADO ha fallecido durante la vigencia de esta cobertura y además que EL CONYUGE se encontraba también asegurado dentro de la Póliza.

En caso de que fallezca EL ASEGURADO Titular antes del deceso de su CÓNYUGE, la suma asegurada correspondiente a esta cobertura opcional se pagará al beneficiario designado por EL ASEGURADO Titular para la cobertura básica.

Apartados de la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE son 18 años de edad como mínimo y 70 años de edad como máximo. La cancelación de esta cobertura será en el aniversario de LA PÓLIZA inmediato posterior a que EL ASEGURADO tenga cumplidos 71 años. La fecha de nacimiento de EL CÓNYUGE deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de la edad del cónyuge LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

LA COMPAÑÍA otorga la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE con una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA; en términos de las presentes condiciones generales.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los de Gastos de Funerarios DEL CÓNYUGE se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE antes descrita, de que el fallecimiento ha ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Apartado 4

Exclusiones para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios DEL CÓNYUGE (GFC)

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios por Fallecimiento DEL CÓNYUGE no se concederán cuando el fallecimiento de EL CÓNYUGE se deba a:

- **Suicidio durante los dos primeros años de vigencia continua del beneficio.**

COBERTURA OPCIONAL DE AYUDA ECONÓMICA PARA CUBRIR LOS GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS (GFH)

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del Grupo Asegurado, a quienes se les otorgue, de acuerdo a lo señalado en el consentimiento respectivo, gozarán del beneficio de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS de conformidad con las siguientes bases:

GASTOS FUNERARIOS DE LOS HIJOS: consiste en pagar al propio ASEGURADO, la suma asegurada contratada, si se prueba que EL HIJO reconocido por EL ASEGURADO, identificado por éste en la respectiva solicitud de seguro, ha fallecido durante la vigencia de esta Cobertura y además que EL HIJO se encontraba asegurado en la póliza.

En caso de que fallezca EL ASEGURADO Titular antes del deceso de alguno de sus HIJOS, la suma asegurada correspondiente a esta cobertura se pagará AL CÓNYUGE y a falta de este, al beneficiario designado por EL ASEGURADO Titular para la cobertura básica.

Apartados de la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Apartado 1

Edad para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA para la Cobertura Opcional de Gastos Funerarios de LOS HIJOS son 0 años de edad como mínimo y 25 años de edad como máximo. La edad de cancelación es de 26 años. La fecha de nacimiento de LOS HIJOS DEL ASEGURADO deberá comprobarse una sola vez cuando LA COMPAÑÍA lo solicite y quedará constatada en LA PÓLIZA o en cualquier otro comprobante. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de la edad de LOS HIJOS, LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Apartado 2

Prima para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

LA COMPAÑÍA otorga la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los de Gastos Funerarios de LOS HIJOS con una prima adicional, la cual formará parte de la prima total que se paga a LA COMPAÑÍA, en términos de las presentes condiciones.

Apartado 3

Pruebas para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS se concederán únicamente si se presentan a LA COMPAÑÍA pruebas, de acuerdo con las solicitadas en la definición de Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS antes descrita, de que el fallecimiento ha ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Apartado 4

Suma Asegurada para la Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

La suma asegurada para LOS HIJOS menores de 12 años no podrá ser mayor a 60 Salarios Mínimos Generales Mensuales del Distrito Federal (S.M.G.M.D.F.)

Apartado 5

Exclusiones para la Cobertura de Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJOS (GFH)

Las indemnizaciones correspondientes a esta Cobertura Opcional de Ayuda Económica para cubrir los Gastos Funerarios de LOS HIJO (GFH) no se concederán cuando el fallecimiento del HIJO ASEGURADO se deba a:

- Suicidio durante los dos primeros años de vigencia continua del beneficio.

COBERTURA DE ASISTENCIA FUNERARIA (AF)

De acuerdo con esta Cobertura –si es contratada– LA COMPAÑÍA proporciona asistencia funeraria en caso de que EL ASEGURADO fallezca durante la vigencia de LA PÓLIZA.

La asistencia funeraria consiste en:

- Trámites legales ante las autoridades competentes, para inhumación o cremación de EL ASEGURADO.
- Traslados de EL ASEGURADO fallecido a las salas de velación y al campo santo respectivamente.
- Cofre metálico de corte lineal, de características convenidas.
- Servicio de tanatopraxia.
- Utilización de salas de velación de filiales a nivel nacional, hasta por 24 horas o servicio a domicilio.
- Decoración de salas de velación, con tres arreglos florales (2 laterales y 1 al frente del cofre).
- Celebración del servicio religioso a cargo de un ministro del culto indicado por los familiares.
- Entrega de un libro recordatorio, con aspectos relacionados con la asistencia a las honras fúnebres.
- Espacio en arrendamiento en un cementerio por 7 años de servicio o cremación.

Si el fallecimiento de EL ASEGURADO ocurriera fuera del territorio nacional se cubrirán:

- Trámites legales, consulares y traslados del cuerpo desde el sitio del fallecimiento hacia la República Mexicana.
- Preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia.
- Féretro hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- Traslados de EL ASEGURADO fallecido desde el sitio del deceso hasta el sitio de residencia de EL ASEGURADO en la República Mexicana.
- Costos de repatriación incluyendo el transporte aéreo del cuerpo a la República Mexicana.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en un aeropuerto de la República Mexicana.
- Traslado del cuerpo desde el aeropuerto elegido de la República Mexicana hacia el lugar donde se realizará el servicio funerario.

Para esta Cobertura no aplica reembolso. Se debe solicitar el servicio directamente a los teléfonos señalados en la tarjeta anexa a las presentes Condiciones Generales o para orientación a los teléfonos (55) 30 88 - 3663 / 01800 - 0055 - 55555. LA COMPAÑÍA es la única responsable frente a EL ASEGURADO de los servicios que el proveedor proporcione al mismo.

CLAÚSULAS GENERALES

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 4ª

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 5ª

EDAD

Las edades de aceptación de LOS ASEGURADOS para cada cobertura se precisan en cada una de estas, y para la cobertura básica las edades de LOS ASEGURADOS para ser aceptados en LA PÓLIZA son 14 años de edad como mínimo y 70 años de edad como máximo. De acuerdo a la Ley Federal del Trabajo, cuando se trate de trabajadores menores de edad de hasta 14 años, se requerirá, además del consentimiento del menor, el de su representante legal.

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. Si posteriormente EL ASEGURADO presenta pruebas fehacientes de su edad LA COMPAÑÍA expedirá el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

CLÁUSULA 6ª

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.

En los casos donde hubo inexactitud en la verdadera edad de EL ASEGURADO, al momento de la celebración del Contrato de Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de LA COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, LA COMPAÑÍA estará obligada a rembolsar a EL ASEGURADO la diferencia entre la reserva matemática existente y la que habría sido necesaria por la edad real de EL ASEGURADO en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

CLÁUSULA 7ª 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.

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 ASEGURADO 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.

En caso de pago fraccionado a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE.

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 en parcialidades 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.

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 DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.

Cuando el Seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral, para la operación de vida, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de LA COMPAÑÍA. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a LA COMPAÑÍA, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de LA COMPAÑÍA, considerando la edad alcanzada del ASEGURADO al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a LA COMPAÑÍA la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

CLÁUSULA 12ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

EL CONTRATANTE y LOS ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, en la solicitud y/o 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 13ª
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 14ª
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 15ª
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 16ª 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 17ª DIFERENCIAS EN LA DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el Certificado Individual 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 de EL CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado Individual.

CLÁUSULA 18ª 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.

Solo se podrá rehabilitar máximo 2 veces para todas las vigencias de una misma póliza.

CLÁUSULA 19ª 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 20^a
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 21^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 22^a
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.

CLUSULA 23^a
CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando la póliza tenga por objeto otorgar una prestación laboral, si se solicita cambio de contratante LA COMPAÑÍA podrá:

Rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo CONTRATANTE.

LA COMPAÑÍA reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima de tarifa no devengada y en su caso los beneficiarios derivados de ese contrato.

CLAUSULA 24^a
OCUPACIÓN

Si EL ASEGURADO cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso inmediato por escrito a LA COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de extender la protección o cancelar para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. Opera para ASEGURADOS que formulen su solicitud de seguro 30 días después de haber ingresado al grupo.

LA COMPAÑÍA en caso de aceptar el riesgo cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación o bien podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo.

En caso de ocurrir un siniestro y en caso de existir una agravación esencial del riesgo no informada por EL ASEGURADO y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro, se ajustará la suma asegurada de acuerdo a lo que EL ASEGURADO hubiera podido alcanzar con las primas pagadas.

“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-S0111-0655-2014 de fecha 10/12/2014”.