

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS VIDA INDIVIDUAL.
(Moneda Nacional)**

I. DEFINICIONES.

ASEGURADO.

Es la persona física amparada en este contrato bajo las coberturas, beneficios y cláusulas adicionales indicadas en la carátula de la póliza.

LA COMPAÑÍA.

Se entenderá como tal a GENERAL DE SEGUROS.

CONTRATANTE.

Es la persona Física o Moral cuyo contrato de seguro ha sido aceptado por General de Seguros, S.A.B. en los términos consignados en la póliza, y con base en los datos e informes proporcionados por aquélla conjuntamente con el Asegurado, teniendo a su cargo la obligación del pago de las primas correspondientes.

BENEFICIARIO.

Para los efectos de esta póliza, se entiende por "beneficiario" la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud requisitada para la celebración de este contrato, o los que en su caso, designe posteriormente.

SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad contratada, la cual se obliga a pagar General de Seguros y aparece expresa en la póliza de seguro contratada.

PRIMA.

Es el precio convenido por las coberturas contratadas.

ENDOSO.

Documento legal mediante el cual se modifican las condiciones generales de la póliza emitidas inicialmente.

II. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.

La Compañía se obliga a brindar al Asegurado la protección por los beneficios amparados en esta póliza a cambio de la obligación del pago de la prima convenida, a partir del momento en que el Asegurado tenga conocimiento de la aceptación del contrato y durante la vigencia del mismo.

Asimismo, La Compañía pagará al beneficiario designado por el Asegurado o en su caso al propio Asegurado, la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para la cobertura por fallecimiento y beneficios adicionales contratados, después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa que dio origen a la realización de la eventualidad cubierta, siempre que la póliza se encuentre en vigor al momento de la realización del siniestro.

La póliza de seguro y las disposiciones que componen e integran el clausulado de éste contrato, respetan los derechos humanos y fundamentales del Asegurado como usuario de un servicio financiero, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana y buscan establecer una relación contractual equitativa, igualitaria y no discriminatoria, entre las partes.

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

COBERTURA POR FALLECIMIENTO.

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece dentro del plazo del seguro. Si el Asegurado vive al término de dicho plazo esta cobertura terminará sin obligación alguna para La Compañía.

Esta cobertura comprende el monto estipulado como suma asegurada por fallecimiento en la carátula de la póliza, más el importe del fondo en administración si éste existiera.

La Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para la presente cobertura y tendrá derecho a descontar cualquier adeudo a favor de La Compañía, incluyendo la parte no devengada de la prima anual de la vigencia en la que ocurra el fallecimiento.

SEGURO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.

La Compañía pagará al Asegurado, si llega con vida al final del periodo de cobertura, el total de las primas que pagó por la cobertura básica, sin considerar la sobreprima por ocupación, los recargos por pago fraccionado y el derecho de póliza durante la vigencia de la póliza. Siempre que se hayan pagado las primas pactadas en el presente contrato durante la vigencia convenida y la póliza haya estado en vigor.

ADICIONALMENTE A LA COBERTURA BÁSICA SE PODRÁ CONTRATAR LO SIGUIENTE:

Seguro Dotal a Corto Plazo.- En cualquier momento durante la vigencia de la póliza el Asegurado podrá contratar Seguros Dotales a Corto Plazo, las cuales operarán de acuerdo con lo siguiente:

- La suma asegurada de la cobertura dotal a corto plazo será la misma en el caso de fallecimiento y en caso de sobrevivencia, asimismo serán efectivas con la obligación del pago de la prima correspondiente a dicha cobertura.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura dotal a corto plazo, los beneficiarios designados en la póliza, recibirán la suma asegurada más la participación de utilidades que corresponda.

- En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del plazo, el dotal vencido pasará a formar parte del fondo en administración, sin embargo, el Asegurado podrá retirar el dotal vencido dando aviso a La Compañía con treinta días de anticipación.

Seguro Mancomunado.- Se podrá contratar este tipo de seguro al inicio de la póliza y La Compañía cubrirá los beneficios de acuerdo con lo estipulado a continuación:

- Este seguro otorga protección a dos personas. Por lo tanto, para todos los efectos de esta póliza, por Asegurado se entenderá a las personas designadas como tales en la carátula de la misma.
- Todas las condiciones estipuladas en la póliza son aplicables a los dos Asegurados. Por lo tanto, cualquier requisito que se estipule deberá ser cumplido por cada Asegurado.
- La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura a los beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca.
- En caso de fallecimiento simultáneo, la suma asegurada se dividirá entre los dos Asegurados fallecidos para distribuirla posteriormente a sus beneficiarios, según la proporción estipulada de cada uno de ellos.
- El monto que deba cubrirse en caso de supervivencia, se pagará solamente si los dos Asegurados sobreviven al periodo del seguro estipulado y se distribuirá por partes iguales entre ellos.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

f) El contrato de seguro cesará automáticamente al ocurrir el primer fallecimiento. El Asegurado sobreviviente podrá cambiar a planes de Seguro de Vida Individual sin necesidad de presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando se solicite a La Compañía por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha del fallecimiento y la edad alcanzada del solicitante se encuentre dentro de los límites de admisión.

IV. CLAUSULAS GENERALES.

1) CONTRATO.

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, las condiciones generales, la tabla de valores garantizados, los endosos que se expidan en su caso y las declaraciones proporcionadas por el Asegurado, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre La Compañía y el Asegurado.

2) MODIFICACIONES.

Las condiciones generales de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endosos que para tal efecto se registren en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, previo acuerdo entre La Compañía y el Asegurado, siendo agregados a la póliza y firmados por un funcionario autorizado. Si concluida la vigencia de la póliza las condiciones generales se modifican, al momento de la nueva contratación las condiciones generales aplicables serán las que se encuentren registradas y vigentes en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

3) MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas

automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

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

4) RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

(Artículo 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.

5) CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este contrato de seguro no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia y viajes del Asegurado.

6) MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante y/o Asegurado a La Compañía, o de ésta al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento del pago.

7) EDAD.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 18 años como mínimo y 70 años como máximo.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar fehacientemente antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso La Compañía hará la anotación correspondiente en la

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el siniestro por el fallecimiento del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, La Compañía en este caso, rescindiré el contrato y únicamente devolveré la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado difiere de la edad declarada pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las reglas contenidas en el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dice:

- 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 empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- b) Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a solicitar la devolución de lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;

- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

8) SUICIDIO.

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la rehabilitación de este contrato, cualquiera que haya sido su causa o el estado mental o físico del Asegurado, cesará la obligación de La Compañía por el pago de la suma asegurada, limitándose su obligación al pago únicamente de la Reserva Matemática.

9) DISPUTABILIDAD.

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho este contrato de seguro si durante los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio del periodo de cobertura indicada en la carátula de la presente póliza o de su última rehabilitación, el Asegurado o el contratante hubieran incurrido en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes que se responden en los cuestionarios proporcionados por La Compañía para la emisión o rehabilitación de la misma y que son base para la apreciación del riesgo amparado por esta póliza, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Por lo anterior, el contratante y los Asegurados al formular las propuestas del seguro están obligados a declarar por escrito a La Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o se haya rehabilitado, el Asegurado presente cualquier declaración que requiera La Compañía para la apreciación del riesgo, con motivo de la inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la suma asegurada en el mismo, tales inclusiones e incrementos serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante los dos primeros años contados a partir de su celebración o inclusión en este contrato. Después de transcurrido dicho periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

10) LIQUIDACIÓN.

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas y beneficios adicionales contratados, al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de las indemnizaciones respectivas.

La prima anual vencida, o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

Las sumas aseguradas por fallecimiento se pagarán a los beneficiarios designados por el Asegurado; las sumas aseguradas por supervivencia se pagarán al propio Asegurado.

La Compañía pagará el seguro, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

11) BENEFICIARIOS.

Para los efectos de esta póliza, se entiende por beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud requisitada para la celebración de este contrato, o los que en su caso, designe posteriormente.

El Asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar beneficiarios, notificando por escrito a La Compañía la nueva designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La

Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a La Compañía, quien lo hará constar en la póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de beneficiario irrevocable.

Cuando no exista beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará si solo se hubiere designado a un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera designación de nuevo beneficiario, salvo que se hubiera designado beneficiario irrevocable.

Si existiendo varios beneficiarios falleciera alguno de ellos con anterioridad al Asegurado, el porcentaje de la suma asegurada que le haya sido designada, se distribuirá por partes iguales a los sobrevivientes, salvo estipulación en contrario.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro.

ADVERTENCIA: El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

12) PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

Al momento de la reclamación por el fallecimiento de algún Asegurado, será obligación de los beneficiarios presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma, de acuerdo a lo ordenado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

a) Del Asegurado fallecido:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento
- Identificación oficial

b) Del Beneficiario:

- Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.

- Identificación oficial
- Acta de nacimiento
- Acta de matrimonio

(Únicamente si el beneficiario es el Cónyuge)

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 los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La compañía pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios o al propio Asegurado, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

**13) OMISIONES O DECLARACIONES
INEXACTAS.**

El contratante y/o Asegurado o representante de estos está obligado a declarar por escrito a la compañía en la Solicitud del Seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o debe conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultara a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el Artículo 47 con relación a los Artículos 8, 9, y 10 de la Ley sobre Contrato de Seguro, que a continuación se transcriben:

ARTICULO 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTICULO 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTICULO 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTICULO 47.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9, y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

14) PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO.

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas:

Si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o sus representantes con el fin de hacerle incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.

Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del Asegurado, el beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Si se demuestra que el Asegurado, beneficiario o sus representantes con el fin de hacerlo incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que La Compañía solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

15) PAGO INMEDIATO (Beneficio sin costo de prima).

Con la sola presentación del Certificado Médico de Defunción, salvo restricción legal en contrario y siempre que hubieran transcurrido más de 2 (dos) años desde la expedición de la póliza o de su última rehabilitación, La Compañía hará un anticipo inmediato del 15 (quince) por ciento de la suma asegurada, sin que este pago exceda de 2 (dos) veces la UMA (Unidad de Medida y Actualización) anual vigente en la Ciudad de México en la fecha en que ocurra el fallecimiento, ni del importe a que tuviere derecho el Beneficiario que lo solicite.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a La Compañía el Certificado Médico de Defunción. 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 otorgó el anticipo.

16) PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL (Beneficio sin costo de prima)

La Compañía pagará al propio Asegurado, el 30 (treinta) por ciento de la suma asegurada contratada por fallecimiento con un límite máximo de 180 (ciento ochenta) UMA (Unidad de Medida y Actualización) mensuales vigentes en la Ciudad de México en el momento del pago, al recibir pruebas

de que dicho Asegurado tiene una expectativa de vida de 12 (doce) meses o menos.

Para determinar la existencia del padecimiento terminal, La Compañía requerirá de un informe completo del médico tratante y se reserva el derecho de practicar a su costa los exámenes que considere convenientes.

Al momento del pago derivado de la presente cláusula, la suma asegurada se reducirá en la cantidad pagada.

17) VALORES GARANTIZADOS.

Son los distintos usos que se le pueden dar a la parte de la reserva a la que tiene derecho el Asegurado. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado y el número de años de primas pagadas. Después de que el Asegurado haya cubierto las primas correspondientes y que haya transcurrido el número de años mínimo indicado en la Tabla de Valores Garantizados respectiva, el Asegurado podrá hacer uso de alguno de los derechos que se describen posteriormente.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas de cada Valor Garantizado el Asegurado deberá solicitar por escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes al vencimiento de la prima no pagada, la opción escogida remitiendo esta póliza para su anotación, en cuyo caso quedarán automáticamente cancelados los beneficios y cláusulas adicionales a esta póliza.

a) Seguro Saldado.- El Asegurado podrá convertir su plan en vigor, mediante comunicación por escrito a La Compañía, a Seguro Saldado, el cual mantiene este plan en vigor sin más pago de primas, por la suma asegurada y la duración que se especifican en la Tabla de Valores Garantizados correspondiente, de acuerdo a la edad de ingreso al plan y al número de años que el plan haya estado en vigor, por lo que al ocurrir el fallecimiento del Asegurado se pagará la suma asegurada que se determine con base en esta opción.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

Todos los beneficios adicionales contratados quedarán automáticamente sin efecto.

b) Seguro Prorrogado.- El Asegurado podrá convertir su plan en vigor, mediante comunicación por escrito a La Compañía, a Seguro Prorrogado, el cual mantiene la suma asegurada alcanzada vigente en el momento de la conversión, sólo por la cobertura de fallecimiento, por el periodo de tiempo especificado en la tabla de Valores Garantizados correspondiente sin más pago de primas, de acuerdo a la edad de ingreso al plan y del tiempo que haya estado en vigor.

Todos los beneficios adicionales contratados quedarán automáticamente sin efecto.

c) Rescate.- El Contratante podrá obtener como Rescate de este plan, el importe que se indica en la tabla de Valores Garantizados correspondiente de acuerdo a la edad de ingreso al seguro y al número de primas anuales pagadas. Para conceder el rescate en una fecha que no coincida con el aniversario de la póliza, el valor se determinará deduciendo intereses por el tiempo que falte por completar el año póliza a la tasa de interés técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Asegurado tendrá derecho al rescate del Seguro Saldado o del Seguro Prorrogado, calculado por La Compañía de acuerdo a los procedimientos que para ello tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Una vez obtenido este valor de rescate, el presente contrato quedará automáticamente cancelado.

18) DIVIDENDOS.

Sin Dividendos

19) FONDO EN ADMINISTRACIÓN.

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, depositada en La Compañía para su administración, constituida por:

a) Las Sumas Aseguradas de los dotales vencidos a corto plazo que en su caso hubieran sido contratados adicionalmente.

b) Los intereses generados por la inversión de los montos de las Sumas Aseguradas de los dotales a corto plazo.

La Compañía invertirá el monto correspondiente al fondo en administración en valores de renta y a plazos fijos de los emitidos por Instituciones de crédito y por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones que permitan obtener el mejor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad, pero también en la liquidez necesaria y retendrá como gasto de administración del fondo el 5 (cinco) por ciento del rendimiento de éste; dicho cargo se indicará en el estado de cuenta que La Compañía envíe al Asegurado en la fecha de aniversario de la póliza.

La Compañía buscará el mayor rendimiento posible en las inversiones de los dividendos generados, sin que esto signifique que se está garantizando un rendimiento predeterminado debido a las fluctuaciones del mercado.

El depósito e inversión de los montos arriba mencionados, se hará de manera automática en el fondo en administración.

El Contratante podrá en cualquier momento solicitar el retiro parcial o total del fondo en administración. Para cada póliza se llevará una cuenta en el fondo en administración y mensualmente se efectuará el proceso de todos los movimientos que afecten a la misma.

Una vez al año, en el aniversario de la póliza, se le enviará al Asegurado un estado de cuenta indicándole todos los movimientos en el año precedente, así como el saldo de su fondo en administración.

20) MUJERES.

Si en la carátula de la póliza se indica que el Asegurado es mujer, con edad mayor o igual a 18 (dieciocho) años y dictaminado como un riesgo normal, se considerará que la edad para efectos de determinación de Primas y Valores Garantizados es de 3 (tres) años menos; en caso de que la edad resultante al aplicar el descuento sea menor a 18 (dieciocho) años, será 18 (dieciocho) años la edad a considerar. Si la edad real en la fecha de emisión de la póliza es menor de 18 (dieciocho) años, no se aplicará el descuento indicado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

21) NO FUMADOR.

Cuando el Asegurado, de acuerdo con las declaraciones contenidas en la solicitud respectiva y a criterio de La Compañía, sea aceptado por ésta como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas y valores garantizados, será inferior en dos años a su edad real, siempre y cuando su edad real al momento de solicitar este descuento no sea inferior a 18 (dieciocho) años.

Si el Asegurado modifica sus hábitos sobre este concepto dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, deberá notificarlo a La Compañía a mes tardar en el siguiente aniversario de esta póliza. A partir del momento en que La Compañía reciba esta notificación, dispondrá de 30 (treinta) días naturales para comunicar al Asegurado si continúa concediéndole o le cancela este beneficio. Transcurrido este plazo sin notificación de La Compañía, se entenderá que este beneficio continúa en vigor.

En caso de siniestro, si el Asegurado no hubiere cumplido en los términos del párrafo anterior, La Compañía ajustará la suma asegurada, de acuerdo a la que éste hubiere podido comprar con las primas pagadas a su edad sin el descuento de los 2 (dos) años.

22) PRIMAS.

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza y en su caso, la tasa de financiamiento por el pago de la prima fraccionada en parcialidades. Anualmente se cobrará adicionalmente a la prima del seguro, un recargo fijo por concepto de administración, mismo que se establece en la Nota técnica correspondiente registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Asegurado deberá pagar la prima anual al momento de inicio de vigencia de las coberturas y durante el plazo de pago estipulado en la carátula, salvo que este contrato se dé por terminado antes de cumplirse este plazo.

Los pagos deben de hacerse en las oficinas de la Compañía como se señala en la carátula de la póliza a cambio de un recibo expedido por la misma.

Artículo 34, 35, 36, 37 y 38 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 34.- La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 36.- Las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

Artículo 37.- La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 37.- La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 38.- En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los períodos deberá ser de igual duración.

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

excepto la primera, vencerá al comienzo del periodo que corresponda, si el pago no se ha realizado los efectos del contrato cesarán automáticamente, salvo por lo establecido en aquellos planes que tengan la cláusula de PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS, la cual establece que en caso de que se suspenda el pago de la prima se dispondrá del fondo en administración.

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

El contratante podrá elegir que la forma de pago sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, de débito o mediante descuento por nómina, para lo cual el asegurado deberá dar su consentimiento para el cargo correspondiente a través del Formato de Cargo a Tarjeta. En el caso del Descuento por Nómina, el asegurado hará del conocimiento al empleador su autorización para que se realice el descuento de la prima del seguro a través del Formato Descuento por Nómina. La efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria o Empresa no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Asegurado podrá cubrir directamente en las oficinas de la Compañía el importe de las primas correspondientes.

El estado de cuenta o recibo de nómina en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto la Compañía no emita el recibo correspondiente.

23) PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS.

En caso de que por cualquier causa se suspenda el pago de la prima de la póliza, se dispondrá del Fondo en Administración el importe de la prima no cubierta de acuerdo a la forma de pago de la misma. Este procedimiento se repetirá mientras el saldo del fondo en administración sea suficiente para cubrir el pago. En caso de que el importe del Fondo en Administración sea menor al importe de la prima correspondiente, la póliza seguirá en vigor durante el periodo que dicha cantidad lo permita. Lo anterior será aplicable siempre que no exista estipulación en contrario mediante endoso a esta póliza.

En caso de que el Asegurado desee continuar con el plan original, será necesario cubrir los requisitos de rehabilitación para los beneficios adicionales y cubrir las primas pendientes de pago.

24) REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato cesen por falta de pago de primas, el Asegurado podrá rehabilitarlo en cualquier época durante el periodo de la cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada,

siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Compañía, que lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la solicitud de rehabilitación correspondiente.

25) INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En el 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 cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

26) CAMBIO DE PLAN

A solicitud del Asegurado el plan de este seguro podrá ser cambiado en cualquier tiempo a otros que emita La Compañía sin necesidad de pruebas de asegurabilidad. El cambio de plan estará sujeto a las siguientes estipulaciones:

- La solicitud correspondiente deberá ser recibida por La Compañía al menos dos años antes de la terminación del periodo del seguro.
- La edad alcanzada por el Asegurado al momento del cambio de plan no podrá ser superior a 70 (setenta) años.
- La nueva suma asegurada, no podrá ser superior a la del seguro anterior, salvo que el Asegurado presente a La Compañía pruebas de asegurabilidad satisfactorias.
- La reserva del nuevo plan no podrá ser inferior a la del plan original.
- El importe del cambio a cargo del Asegurado, será la diferencia entre la reserva matemática existente y la que deba constituirse para el nuevo plan en el momento de operar el cambio, conforme a las bases autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

27) CONDICIONES DE RENOVACIÓN.

Se podrá renovar esta cobertura por uno o más periodos iguales al originalmente contratado, sin necesidad de nuevas pruebas de asegurabilidad siempre que su edad en la fecha del aniversario respectivo no exceda la edad máxima de aceptación establecida en la carátula de la póliza y hasta la suma asegurada alcanzada. Si la póliza es renovada, las condiciones generales aplicables, incluyendo la prima al cobro, serán las que en el momento de la renovación se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas Asimismo, se establece que no se puede condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de la póliza.

28) INFORMACIÓN PARA OPERACIONES.

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A.B. en la dirección Avenida Patriotismo número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de La Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldesequros.mx

29) PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán (Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

- En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- En 2 (dos) años, en los demás casos.

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

La prescripción se interrumpirá no solo por los casos ordinarios, si no también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. "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".

30) COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Seguros S.A.B., o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la cláusula de arbitraje de las condiciones generales de la póliza. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

31) PRECEPTOS LEGALES

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

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual. (Moneda Nacional)

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

32) FACULTAD DEL ASEGURADO PARA SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de Comisiones o Compensaciones Directas, corresponda a los Agentes y demás personas físicas o morales que hayan intervenido en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

33) CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.

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

34) LOCALIZACIÓN UNE Y CONDUSEF

Localización de Unidad Especializada de Atención a Usuarios e Información de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su Seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A.B. a los teléfonos (0155) 5278.8883, 5278.8806 y del interior de la República marque 01800.2254.339 Y/o en la dirección Avenida Patriotismo número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, y/o al correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx;

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 5340.0999 y 01.800 99.98080. webmaster@condusef.gob.mx; www.condusef.gob.mx

35) ENTREGA DE LA PÓLIZA.

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

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

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1. y en los casos del numeral 2. Dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

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

Para cancelar la póliza o solicitar que la misma no se renueve el Contratante, deberá comunicarse a través del correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 52 70 80 00.

V. VIGENCIA DEL CONTRATO.

Inicio del Contrato: A las 12:00 horas de la fecha de inicio vigencia que aparece en la póliza de seguro.

Terminación del Contrato: Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 horas de la fecha correspondiente:

- a) Al cumplirse el plazo del seguro que aparece en la carátula de la póliza de seguro.
- b) Al fallecimiento del Asegurado.
- c) Al cancelarse por falta de pago de la prima. En este caso, la vigencia del contrato finalizará el día en que se hayan devengado por completo las primas pagadas, en cuyo caso, La Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del contrato.
- d) Al cancelarse a solicitud del Contratante.
- e) Por liquidación del rescate que proceda.

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual. (Moneda Nacional)

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE(B.I.T.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****DEFINICIÓN.**

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del "Asegurado" al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

f) La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

BENEFICIO.

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 60 (sesenta) años, el "Asegurado" se invalida total y permanentemente, "La Compañía" eximirá al "Asegurado" del pago de la prima correspondiente a la cobertura por fallecimiento, y en su caso por sobrevivencia, otorgando al "Asegurado" un plan de seguro con la suma asegurada alcanzada al momento de la invalidez total y permanente, incrementándose la misma de acuerdo con el plan contratado inicialmente.

El "Asegurado" adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir 6 (seis) meses en el estado de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se diagnostique dicha invalidez.

El periodo de 6 (seis) meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de la invalidez total y permanente, conforme a los términos de la definición de este beneficio, sea consecuencia de:

- a) La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- b) La pérdida de ambas manos; o
- c) La pérdida de ambos pies; o
- d) La pérdida de una mano y un pie; o
- e) La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o

PRUEBAS.

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de invalidez total y permanente y, en caso de proceder la invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos de este contrato.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, "La Compañía" tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al "Asegurado".

"La Compañía" podrá, cuando lo estime necesario, examinar a su costa al "Asegurado" o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales a partir del requerimiento, que su invalidez total y permanente continúa. Si el "Asegurado" se niega a hacerlo, terminarán los efectos de este beneficio y deberá el "Asegurado" reanudar de inmediato el pago de las primas.

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE(B.I.T.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****EXCLUSIONES .**

Este beneficio adicional no cubre:

1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el "Asegurado".
- c) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
- e) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

2. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

3. Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el "Asegurado".

TERMINACION .

La vigencia de este beneficio adicional terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 60 (sesenta) años.
- d) Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado o prorrogado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE(B.P.A.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****DEFINICIÓN.**

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del "Asegurado" al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

BENEFICIO.

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 60 años, el "Asegurado" se invalida total y permanentemente, "La Compañía" pagará al propio "Asegurado" la suma asegurada contratada en este beneficio.

El "Asegurado" adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir seis meses en el estado de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se diagnostique dicha invalidez. Las obligaciones de "La Compañía" provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del "Asegurado" dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

El periodo de seis meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de la invalidez total y permanente, conforme a los términos de la definición de este beneficio, sea consecuencia de:

- La pérdida de la vista en ambos ojos; o
- La pérdida de ambas manos; o
- La pérdida de ambos pies; o
- La pérdida de una mano y un pie; o
- La pérdida de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo; o
- La pérdida de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

PRUEBAS .

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañado con los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición de invalidez total y permanente y, en caso de proceder la invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos de este contrato.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, "La Compañía" tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al "Asegurado".

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE(B.P.A.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****EXCLUSIONES .**

Este beneficio adicional no cubre:

1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el "Asegurado".
- c) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
- e) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

2. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen

perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

3. Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el "Asegurado".

TERMINACION .

La vigencia de este beneficio adicional terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 60 (sesenta) años.
- d) Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado o prorrogado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (M.A.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****ACCIDENTE .**

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que cause la muerte del "Asegurado". Por lo tanto, no se considerará accidente la muerte provocada intencionalmente por el "Asegurado" o por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO .

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 70 (setenta) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada expresada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

EXCLUSIONES .

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del "Asegurado" o las pérdidas orgánicas que sufra el mismo, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- Lesiones u homicidio producidos en riña al "Asegurado" por cualquier persona, únicamente cuando el "Asegurado" haya sido el provocador.
- Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.

- La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el "Asegurado" viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.
- La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- Lesiones sufridas mientras el "Asegurado" se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- Accidentes ocurridos por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

TERMINACION .

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado o prorrogado.

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE (D.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

ACCIDENTE.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del "Asegurado". Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el "Asegurado" o por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO.

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 70 (setenta) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

De igual forma, si el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque pérdidas orgánicas, "La Compañía" pagará al "Asegurado" la proporción de suma asegurada que le corresponda de acuerdo con la siguiente tabla, en función de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, siempre y cuando la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente:

Pérdida de:	Porcentaje:
a) Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
b) Una mano y un pie	100%
c) Una mano o un pie y un ojo	100%
d) Una mano o un pie	50%
e) Un ojo	30%
f) Un pulgar de cualquier mano	15%
g) Un índice de cualquier mano	10%

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones realizadas por este beneficio, en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para el mismo.

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un Índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

EXCLUSIONES.

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del "Asegurado" o las pérdidas orgánicas que sufra el mismo, se deben a:

- a) **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- b) **Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- c) **Lesiones u homicidio producidos en riña al "Asegurado" por cualquier persona, únicamente cuando el "Asegurado" haya sido el provocador.**
- d) **Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.**

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (D.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

- e) La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el "Asegurado" viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.
- f) La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- g) Lesiones sufridas mientras el "Asegurado" se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- h) La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- i) Accidentes ocurridos por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le

TERMINACIÓN.

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- d) Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL DE TRIPLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE (T.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

ACCIDENTE.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del "Asegurado". Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el "Asegurado" o por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO.

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 70 (setenta) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

De igual forma, si el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque pérdidas orgánicas, "La Compañía" pagará al "Asegurado" la proporción de suma asegurada que le corresponda de acuerdo con la siguiente tabla, en función de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, siempre y cuando la pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente:

Pérdida de:	Porcentaje:
h) Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
i) Una mano y un pie	100%
j) Una mano o un pie y un ojo	100%
k) Una mano o un pie	50%
l) Un ojo	30%
m) Un pulgar de cualquier mano	15%
n) Un índice de cualquier mano	10%

Quando sean varias las pérdidas orgánicas en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones realizadas por este beneficio, en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para el mismo.

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un Índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Así mismo, si el "Asegurado" sufre un accidente en un lugar público que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la sumas aseguradas del beneficio por muerte accidental y de cobertura por fallecimiento.

Se considerará como accidente en un lugar público, el que ocurra:

- a) Mientras el "Asegurado" viaje como pasajero a bordo de cualquier vehículo de transporte público, concesionado o autorizado legalmente sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares.
- b) Mientras el "Asegurado" viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio de pasajeros, con exclusión de ascensores utilizados en minas.
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el "Asegurado" al iniciarse el incendio.

EXCLUSIONES.

Este beneficio no se indemnizará si la muerte del "Asegurado" o las pérdidas orgánicas que sufra el mismo, se deben directa o indirectamente, total o parcialmente a:

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE TRIPLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE (T.I.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

- a) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- b) Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- c) Lesiones u homicidio producidos en riña al "Asegurado" por cualquier persona, únicamente cuando el "Asegurado" haya sido el provocador.
- d) Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.
- e) La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el "Asegurado" viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.
- f) La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- g) Lesiones sufridas mientras el "Asegurado" se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- h) La participación en eventos de paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- i) Accidentes ocurridos por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

TERMINACION.

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- d) Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

**BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES (E.G.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

BENEFICIO .

"La Compañía" pagará al "Asegurado" la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, si estando en vigor el mismo y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 70 (setenta) años, al "Asegurado" se le diagnostica cualquiera de las enfermedades citadas a continuación:

A) INFARTO AL MIOCARDIO.

Se entenderá como la muerte de una parte del músculo cardiaco como resultado de una irrigación inadecuada de la parte afectada.

El diagnóstico será evidenciado por los siguientes criterios:

- a) Una historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el Electrocardiograma.
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores.

EXCLUSIONES .

- a) **El infarto del miocardio con elevación de Troponina I ó T sin elevación del segmento ST.**
- b) **Otros síndromes coronarios agudos.**

B) EMBOLIA CEREBRAL.

Se entenderá como cualquier incidente cerebro vascular que dé lugar a secuelas que duren más de 24 (veinticuatro) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 6 (seis) semanas después del suceso.

EXCLUSIONES .

- a) **Síntomas cerebrales de migraña.**
- b) **Lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte el ojo o al nervio óptico.**
- c) **Infartos lacunares sin déficit neurológico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.**

C) CIRUGIA POR ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.

Cirugía a tórax abierto para la corrección, mediante el implante de un puente arterial coronario, de una o más arterias coronarias que se encuentren estrechadas u ocluidas. La cirugía debe haber sido diagnosticada como necesaria mediante una angiografía coronaria.

EXCLUSIONES .

- a) **La Angioplastia y otros procedimientos intra-arteriales.**
- b) **Cirugía por toractomía mínima.**

D) CANCER.

Se entenderá como la presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de hodgkin caracterizados por: crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo.

EXCLUSIONES .

Los siguientes tipos de cáncer no están cubiertos por este beneficio:

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES (E.G.)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

- a) Los tumores que presentan cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical leve (CIN 1), displasia cervical moderada (CIN 2) o displasia cervical grave (CIN 3), o aquellos considerados por histología como pre malignos.
- b) Lo melanomas con espesor menor de 1.5 milímetros determinado por examen histológico o cuando el tumor esté confinado a la epidermis, o cuando la invasión del tumor se infiltre parcialmente en la dermis papilar, pero que no alcanza la interfase papilar reticular de la dermis.
- c) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
- d) Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- e) El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- f) El cáncer de la próstata que por histología pertenezca a la etapa T1, el cual es un Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen. Se incluye el T1(a) o T1(c), los cuales son tumores detectados como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido reseado.
- g) Leucemia linfocítica crónica.
- h) Cáncer de seno o matriz.

E) DEFICIENCIA RENAL.

Se entenderá como la etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

F) TRANSPLANTES.

Se entenderá el que se realiza al "Asegurado" como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total.

EXCLUSIONES.

a) Transplante de islotes de Langerhans.

PERIODO DE ESPERA.

Salvo los ocasionados por accidente, no se cubrirán los padecimientos o tratamientos diagnosticados durante los primeros 90 (noventa) días a partir del inicio de vigencia de la póliza.

TERMINACION.

La vigencia de este beneficio adicional de enfermedades graves terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 70 (setenta) años.
- d) Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

Condiciones Generales del Seguro de Vida Individual.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.

TABLA DE VALORES GARANTIZADOS

NOMBRE DEL ASEGURADO	POLIZA No. <input style="width: 80%;" type="text"/>	MONEDA : <input style="width: 80%;" type="text"/>
	PLAN : <input style="width: 100%;" type="text"/>	

ANIVERSARIO				RESCATE	SEGURO SALDADO	SEGURO PRORROGADO		
ANUALIDAD	DIA	MES	AÑO			AÑOS	MESES	EFFECTIVO

Los valores garantizados se otorgarán en base al número de anualidades pagadas completas y devengadas. En caso de no estar devengada en su totalidad la anualidad, el valor garantizado operará de acuerdo al valor presente a la fecha de la solicitud, calculado a la tasa técnica del plan registrado ante la C.N.S.F.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de Mayo de 2014 con el número CNSF S0009-0077-2014, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016/CONDUSEF-001300-01.