

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL.
(Moneda Dólares)**

1) ASEGURADO

Es la persona física amparada en este contrato por las coberturas indicadas en la carátula de la póliza.

2) COMPAÑÍA ASEGURADORA

Es la Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con La Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las indemnizaciones del contrato, denominada de aquí en adelante como GENERAL DE SEGUROS.

3) CONTRATANTE

Es la persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado General de Seguros, S.A.B. en los términos consignados en la póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella conjuntamente con el asegurado, teniendo a su cargo la obligación del pago de las primas correspondientes.

4) OBJETO DEL 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 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.

5) CONTRATO

Esta póliza, la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, 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.

6) 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.

7) MODIFICACIONES

Las condiciones generales de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endosos o cláusulas adicionales que para tal efecto se registren en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y previo acuerdo entre La Compañía y el Asegurado, siendo agregadas a la póliza y firmadas por un funcionario autorizado.

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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL.
(Moneda Dólares)****8) 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.

9) CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia

podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

10) 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL.
(Moneda Dólares)****11) 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.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que aparece en la carátula de la póliza, que en su defecto será de 70 (setenta) años.

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 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, rescindirá el contrato y únicamente devolverá 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.

12) SUICIDIO

En caso de muerte 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

13) 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.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia o rehabilitación, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera La Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante dos primeros años. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

14) LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

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 muerte 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 informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

15) 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

16) 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 muriera 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.

17) 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 hubieran 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

18) 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 derivada de la presente cláusula, la suma asegurada se reducirá en la cantidad pagada.

19) COBERTURAS

Cobertura por Fallecimiento. Esta cobertura comprende el monto estipulado como beneficio por fallecimiento en la carátula de la póliza, el importe del fondo en administración y las sumas aseguradas estipuladas mediante cláusulas adicionales.

La Compañía pagará en una sola exhibición 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.

Ordinario de Vida.- La compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Temporal.- 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.

Dotal.- La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, en caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra dentro del plazo del seguro o al término del mismo, si éste se encuentra con vida.

Mancomunado.- La Compañía cubrirá los beneficios convenidos de cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo estipulado a continuación:

- a) Este seguro otorga protección a dos o más personas. Por lo tanto, para todos los efectos de esta póliza, por el asegurado se entenderá a las personas designadas en la carátula de la misma.
- b) Todas las condiciones estipuladas en la póliza son aplicables a todos los asegurados, por lo tanto, cualquier requisito que se estipule deberá ser cumplido por cada Asegurado.
- c) La suma asegurada de las coberturas por fallecimiento será cubierta a los beneficiarios del primero de los asegurados que fallezca.
- d) En caso de fallecimiento simultáneo, la suma asegurada se dividirá entre el número de los asegurados fallecidos para distribuirla posteriormente a sus beneficiarios según la proporción estipulada de cada uno de ellos.
- e) La suma asegurada que deba cubrirse en caso de supervivencia se pagará solamente si todos los asegurados sobreviven al periodo de seguro estipulado y se distribuirá por partes iguales entre ellos.
- f) El contrato de seguro cesará automáticamente al ocurrir el primer fallecimiento. El(los) asegurado(s) sobreviviente(s) podrá(n) 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 (treinta) días siguientes al fallecimiento y edad alcanzada del solicitante se encuentre dentro de los límites de admisión.

Cobertura Dotal a Corto Plazo.- En cualquier momento durante la vigencia de la póliza el asegurado podrá contratar coberturas Dotales a Corto Plazo, las cuales se regirán por las siguientes cláusulas:

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

- a) La suma asegurada por sobrevivencia y fallecimiento, serán iguales a la reserva terminal de la cobertura dotal a corto plazo contratada, y serán efectivas con la obligación de pago de la prima correspondiente a dicha cobertura.
- b) El asegurado tendrá derecho a participar en las utilidades que obtenga la compañía sobre esta cobertura dotal a corto plazo, de acuerdo con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Si el asegurado no gira instrucciones en contrario, las utilidades a que tenga derecho el asegurado, quedarán en depósito en la compañía.
- c) 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.
- d) En caso de sobrevivencia 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.

20) FONDO EN ADMINISTRACIÓN

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, depositada en la Institución para su administración, constituido 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.
- c) Los dividendos a que tenga derecho.

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.

21) 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,

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

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.

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.

22) DIVIDENDOS.

Sin Dividendos. Anualmente se estimarán los excedentes que se produzcan derivados de la operación de la cartera a la que pertenece esta póliza. La Compañía conforme a los procedimientos aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas determinará qué parte de dichos excedentes se acreditará en forma de dividendos en cada póliza. La información sobre los dividendos realmente acreditados estará contenida en el estado de cuenta anual. En caso de presentarse algún movimiento extraordinario antes de finalizar dicho ejercicio, se podrá considerar el dividendo estimado para efecto del rescate correspondiente.

23) MUJERES

Si en la carátula de la póliza se indica que el Asegurado es mujer, igual o mayor de 15 (quince) 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 15 (quince) años, será ésta la edad a considerar. Si la edad real en la fecha de emisión de la póliza es menor de 15 (quince) años, no se aplicará el descuento indicado.

24) MENORES DE EDAD.

Si la edad real del menor en la fecha de emisión de la póliza es inferior a 15 (quince) años, se considerará que la edad de la persona para efectos de determinación de Primas y Valores Garantizados es de 15 (quince) años.

Las condiciones de contratación y cláusulas se modifican para Asegurados menores de 12 (doce) años de edad, en los siguientes términos:

- La Compañía no estará obligada a pagar la suma asegurada contratada y su responsabilidad se limitará al pago de la reserva matemática al momento del fallecimiento.
- A partir de la fecha en que el menor cumpla los doce años de edad entrará en vigor el seguro para el caso de fallecimiento y al ocurrir éste se liquidará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados conforme a la cláusula 14) LIQUIDACIÓN Y 17) PAGO INMEDIATO de este capítulo.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

- c) El plazo de 2 (dos) años a que se refieren las cláusulas de disputabilidad y Suicidio se contará a partir de la fecha en que el menor cumpla los doce años de edad.
- d) En caso de que el contratante falleciere antes de la terminación de la vigencia de la póliza, el Asegurado tendrá derecho al valor de rescate.

25) 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, valores garantizados y participación de utilidades es inferior en dos años a su edad real siempre y cuando su edad al momento de solicitar este descuento no sea inferior a 18 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 más 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 lo que éste hubiere podido alcanzar con las primas pagadas a su edad sin el descuento de los 2 (dos) años.

26) 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 caratula 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 anteriores 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 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 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

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.

27) 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 póliza. 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 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 fondo en administración fuera insuficiente, y se tuviera derecho a valores garantizados, automáticamente el plan de seguro se convertirá en un seguro prorrogado o saldado, quedando cancelados los beneficios y cláusulas adicionales de acuerdo a las condiciones mencionadas en los Valores Garantizados.

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.

28) REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato cesen por falta de pago de primas o el mismo se hubiera convertido a Seguro Saldado o Prorrogado, 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 propuesta de rehabilitación correspondiente.

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30) 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:

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

- | | |
|--|--|
| <p>a) La solicitud correspondiente deberá ser recibida por La Compañía al menos 2 (dos) años antes de la terminación del periodo del seguro.</p> <p>b) La edad alcanzada por el Asegurado al momento del cambio de plan no podrá ser superior a 70 (setenta) años.</p> <p>c) 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.</p> <p>d) La reserva del nuevo plan no podrá ser inferior a la del plan original.</p> <p>e) 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.</p> | <p>a) La solicitud de conversión deberá efectuarse por escrito antes que el Asegurado alcance la edad de 69 (sesenta y nueve) años.</p> <p>b) La nueva fecha de inicio de vigencia será igual a la fecha de cancelación de la cobertura temporal.</p> <p>c) La nueva suma Asegurada no podrá ser superior a la de la cobertura anterior, salvo que el Asegurado proporcione a La Compañía pruebas de asegurabilidad satisfactorias.</p> <p>d) La nueva prima se calculará considerando la edad alcanzada del Asegurado en la fecha de conversión, incluyendo cualquier extraprima por salud u ocupación que la póliza original hubiera tenido.</p> |
|--|--|

31) CONDICIONES DE RENOVACIÓN Y CONVERSIÓN PARA LOS PLANES TEMPORALES

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.

Conversión.- El asegurado tendrá derecho a convertir su plan a otro que emita La Compañía en la fecha de su conversión de acuerdo a las siguientes bases:

32) INCREMENTOS NO PROGRAMADOS

En cualquier aniversario de la póliza el asegurado podrá solicitar incrementos adicionales de suma asegurada mediante solicitud escrita y presentando las pruebas de asegurabilidad que determine La Compañía.

Todo incremento de suma asegurada hecho a solicitud del Asegurado posterior al inicio de vigencia, estará sujeto a partir de su aumento a lo estipulado en la cláusula de disputabilidad y Suicidio.

La prima correspondiente al incremento, se calculará considerando la edad alcanzada del Asegurado en la fecha en que se lleve a cabo dicho incremento, incluyendo cualquier extraprima por salud u ocupación que la póliza original hubiera tenido.

33) PRECEPTOS LEGALES

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

34) 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 #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.generaldeseguros.mx

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

35) PRESCRIPCIÓN

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

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

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

La prescripción se interrumpirá no solo por 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”.

36) 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.

37) CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

38) 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 555278.8883, 555278.8806 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #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, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 555340.0999 y 800 99.98080 asesoria@condusef.gob.mx, ww.condusef.gob.mx

39) 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

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

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

La Compañía hará entrega al Asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo que antecede, en un plazo no mayor a 30 días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante. No obstante lo anterior, las condiciones generales de la presente póliza pueden ser consultadas en la página WEB: **www.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 55 52 70 80 00.

40) FACULTAD DEL ASEGURADO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN 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 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

V. VIGENCIA DEL CONTRATO.

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

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

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 (sesenta) años, el "Asegurado" se invalida total y permanentemente, "La Compañía" eximirá al "Asegurado" del pago de la prima del beneficio básico por fallecimiento y sobrevivencia por un monto igual a la suma asegurada que haya alcanzado al momento de adquirir el derecho al pago de este beneficio.

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 la invalidez.

El periodo de 6 (seis) meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de 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.

Con el pago de la indemnización correspondiente a este beneficio, dejarán de surtir efectos los beneficios por accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo del plan.

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, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el "Asegurado" dentro de los previamente designados por La Compañía para estos efectos 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 invalidación 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)**EXCLUSIONES**

Los beneficios con protección por invalidez no cubren:

1.- Estado de invalidez total 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. Salvo convenio expreso
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2.- Estado de invalidez por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el "Asegurado"

TERMINACIÓN

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

- 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.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BPAI)

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 (sesenta) 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 6 (seis) meses en el estado de invalidez total y permanente contados a partir de la fecha en que se diagnostique la 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 6 (seis) meses no operará, cuando la causal de 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
- 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.

Con el pago de la indemnización correspondiente a este beneficio, dejarán de surtir efectos los beneficios por accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo del plan.

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, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por La Compañía para estos efectos 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 DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
(BPAI)****EXCLUSIONES .**

Los beneficios con protección por invalidez no cubren:

1.- Estado de invalidez total originado por participar en:

- a) Servicio 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. Salvo convenio expreso.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2.- Estado de invalidez por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el "Asegurado".

TERMINACIÓN .

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

- 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 a seguro saldado o prorrogado de la cobertura básica.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009 0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (M.A.)

1. ACCIDENTE.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta 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.

2. VIGENCIA.

Los beneficios adicionales en caso de Accidente se encontrarán en vigor hasta antes del aniversario inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años. Estos beneficios se cancelarán, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales de Incapacidad Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo del plan.

3. BENEFICIO.

En caso de que el Asegurado sufra 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 del plan básico.

4. EXCLUSIONES.

Estos beneficios no se consideran si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) Enfermedades, padecimientos, u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este capítulo.

- b) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- c) Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- d) Lesiones u homicidios producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- e) Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.
- f) 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.
- g) La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- h) Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- i) La participación en eventos de paracaidismo o motociclismo.
- j) 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 cuando hayan sido prescritas por un médico.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009 0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (M.A.)**TERMINACIÓN**

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

- 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 o prorrogado

Así mismo este beneficio se cancelará, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo en administración del plan.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (D.I.)

1. ACCIDENTE.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta 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.

2. VIGENCIA.

Los beneficios adicionales en caso de Accidente se encontrarán en vigor hasta antes del aniversario inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años. Estos beneficios se cancelarán, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales de Incapacidad Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo del plan.

3. BENEFICIO.

En caso de que el Asegurado sufra 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 del plan básico.

En caso de Pérdidas Orgánicas por un accidente, la Compañía pagará al Asegurado la proporción de Suma Asegurada de esta cobertura que corresponda según la siguiente tabla, siempre y cuando la Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes al accidente.

Pérdida de:	Porcentaje:
a) Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
b) Una mano y un pie	100%
c) Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%

d) Una mano o un pie	50%
e) La vista de un ojo	30%
f) El pulgar de cualquier mano	15%
g) El índice de cualquier mano	10%

Cuando sean varias las Pérdidas Orgánicas, en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones por este beneficio, en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

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 completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Salvo convenio en contrario, se entenderá que este beneficio se contrata incluyendo el de Muerte Accidental.

4. EXCLUSIONES.

Estos beneficios no se considerarán si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- Enfermedades, padecimientos, u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este capítulo.**
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009 0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (D.I.)

c) Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

d) Lesiones u homicidios producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.

e) Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.

f) 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.

g) La participación en cualquier forma de navegación submarina.

h) Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

i) La participación en eventos de paracaidismo o motociclismo.

j) 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 cuando hayan sido prescritas por un médico.

TERMINACIÓN

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

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 o prorrogado

Así mismo este beneficio se cancelará, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo en administración del plan.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO DE TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE EN LUGARES PÚBLICOS (T.I.)

1. ACCIDENTE

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta 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.

2. VIGENCIA

Los beneficios adicionales en caso de Accidente se encontrarán en vigor hasta antes del aniversario inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 (setenta) años. Estos beneficios se cancelarán, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales de Incapacidad Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo del plan.

3. BENEFICIO

En caso de que el Asegurado sufra 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 del plan básico.

En caso de Pérdidas Orgánicas por un accidente, la Compañía pagará al Asegurado la proporción de Suma Asegurada de esta cobertura que corresponda según la siguiente tabla, siempre y cuando la Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes al accidente.

Por la pérdida de...

Porcentaje de
Suma Asegurada

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
Un pulgar de cualquier mano	15%
Un índice de cualquier mano	10%

Cuando sean varias las Pérdidas Orgánicas, en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones por este beneficio, en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

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 completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Salvo convenio en contrario, se entenderá que este beneficio se contrata incluyendo el de Muerte Accidental.

La Compañía pagará la cantidad que resulte al aplicar la tabla de indemnización del beneficio de Pérdidas Orgánicas en función a la Suma Asegurada contratada para este beneficio, en adición a la Suma Asegurada del plan básico.

La Suma Asegurada de este beneficio comprende las Sumas Aseguradas de la cobertura Básica y Muerte Accidental, en consecuencia su pago incluye el pago de dichas coberturas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009-0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO DE TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE EN LUGARES PÚBLICOS (T.I.)

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

- a) Mientras el Asegurado viaje como pasajero a bordo de cualquier vehículo de transporte público, concesionario 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.

- comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.**
- g) La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- h) Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- i) La participación en eventos de paracaidismo o motociclismo.**
- j) 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 cuando hayan sido prescritas por un médico.**

4. EXCLUSIONES.

Estos beneficios no se consideran si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) **Enfermedades, padecimientos, u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este capítulo.**
- b) **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- c) **Suicidio o intento de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- d) **Lesiones u homicidios producidos en riña al "Asegurado" por cualquier persona, únicamente cuando el "Asegurado" haya sido el provocador.**
- e) **Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.**
- f) **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**

TERMINACIÓN.

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

- 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 o prorrogado.

Así mismo este beneficio se cancelará, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo en administración del plan.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009 0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169 2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

CLÁUSULA ADICIONAL DE FERMEDEADES GRAVES

DEFINICIÓN DEL BENEFICIO

La Compañía pagará al "Asegurado" la suma asegurada contratada, la cual se especifica en la carátula de la póliza, si dentro del plazo del seguro el beneficio se encuentra en vigor y 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:

- 1) Una historia de dolor torácico típico;
- 2) Nuevos cambios característicos de infarto en el Electrocardiograma;
- 3) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

EXCLUSIONES

- 1) El infarto del miocardio con elevación de Troponina I ó T sin elevación del segmento ST.
- 2) 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) CIRUGÍA POR ENFERMEDEADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de una o más arterias coronarias, que estén estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La cirugía debe haber sido probada como necesaria por una angiografía coronaria.

EXCLUSIONES

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

D) CÁNCER

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 hecho por un médico oncólogo.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009-0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.

CLIENTE	SUC.	RAMO	POLIZA

BENEFICIO DE ENFERMEDADES GRAVES

EXCLUSIONES

Los siguientes cánceres no están cubiertos por este beneficio:

- a) Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3), o aquellos considerados por histología como premalignos;
- b) Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark;
- c) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas vaso celulares 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) Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1(a) o T1(t) del sistema TNM., desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer), de cualquier otra clasificación equivalente o menor;
- 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.

TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

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

- 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" este beneficio por el pago de la suma asegurada.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- f) Por conversión a seguro saldado o prorrogado de la cobertura básica.

Así mismo este beneficio se cancelará, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente, toda vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo en administración del plan.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009-0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.

TABLA DE VALORES GARANTIZADOS

NOMBRE DEL ASEGURADO	POLIZA No.		MONEDA :	
	PLAN :			

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 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 6 de Junio de 2005 con el número CNSF-S0009-0163-2005 / CONDUSEF-001207-02, 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 del 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.