

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME**I. DEFINICIONES.**

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente póliza de seguros:

- 1. ASEGURADO.-** Es la persona que está expuesta al riesgo cubierto por la presente póliza y cada una de estas personas integran el grupo asegurable.
- 2. CERTIFICADO.-** Documento que expide La Compañía para cada integrante del grupo asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza.
- 3. CONSENTIMIENTO.-** Documento en el que los integrantes del grupo asegurable dan su autorización para quedar asegurados y designan a sus beneficiarios.
- 4. CONTRATANTE.-** Es la persona física o moral que celebra el contrato de Seguro de Grupo con una Aseguradora; ésta persona representa legalmente al grupo asegurable, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan de él.
- 5. GRUPO ASEGURABLE.-** Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Los grupos asegurables serán los que tengan las siguientes características:

- El número mínimo de personas es de 8 (ocho) miembros.
- Deberá estar constituido por lo menos del 75 (setenta y cinco) por ciento cuando el grupo esté formado por miembros activos y del 100 (cien) por ciento de los miembros cuando el grupo incluya jubilados.
- El contratante deberá ser una empresa bajo razón social legalmente constituida.
- El objeto del seguro deberá ser de carácter contractual.

6. GRUPO ASEGURADO.- Son los integrantes del Grupo Asegurable que cumplen con los requisitos especificados por el Contratante, que otorgan su consentimiento expreso para ser asegurados, y que han sido considerados para el cálculo de la Prima de la póliza. No formará parte del Grupo Asegurado la persona que se encuentre en un proceso o estado de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la póliza.

Si durante la vigencia de la Póliza las características del Grupo Asegurado cambian de tal manera que ya no se cumplen los requisitos para ser Grupo Asegurable, la Póliza continuará en vigor hasta el término de la vigencia. Si continúan sin cumplirse los requisitos, la póliza no podrá renovarse.

7. LA COMPAÑÍA.- General de Seguros, S.A.B.

8. SUMA ASEGURADA.- La suma asegurada para cada miembro del Grupo Asegurado se determinará de acuerdo a la regla establecida en la carátula de la póliza, solicitada por el Contratante y aceptada por La Compañía, misma que aparece expresada en el certificado.

9. BENEFICIARIO.- Persona física o moral designada en la póliza por el Asegurado o Contratante como titular de los derechos indemnizatorios.

10. Suma Asegurada Máxima.- La Compañía establecerá la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos (SAMI), con base en los criterios que para ello determine. La SAMI es la que se señala en la carátula de la póliza.

11. Reglamento.- “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2009.

II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

COBERTURA POR FALLECIMIENTO En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el mismo, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado Dependiente queda establecido que el beneficiario designado será el Asegurado Titular, de acuerdo con lo estipulado en el Consentimiento del Seguro.

III. CLAUSULAS GENERALES.

1. CONTRATO.- Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato del seguro celebrado entre el contratante y La Compañía, el cual, sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

solicitud por escrito por parte del contratante, y un endoso autorizado por La Compañía.

2. 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.

3. OBJETO DEL SEGURO.- La Compañía pagará al beneficiario designado por el asegurado o en su caso al propio asegurado, la suma asegurada estipulada en el certificado para la cobertura por fallecimiento y beneficios adicionales contratados, después de que reciba las pruebas de hecho y de la causa que dio origen a la realización de la eventualidad cubierta, siempre que el certificado 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.

4. 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 e (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.

5. 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.

6. SUICIDIO.- En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de este Contrato y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado individual, en la fecha que ocurra el fallecimiento. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

7. CAMBIO DE CONTRATANTE.- Con apego a lo establecido en el Artículo 20 del Reglamento, para el caso de los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante La Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los Artículos 7 y 8 de dicho Reglamento.

8. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.- El contratante tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Remitir información periódica respecto de lo siguiente:
 - a) El ingreso al Grupo de integrantes nuevos dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del Artículo 10 del "Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades" (Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud).
 - b) La separación definitiva de Integrantes del Grupo asegurado.
 - c) Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
 - d) Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las

sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

- II. Entregar a cada uno de los Asegurados los Certificados que La Compañía expedirá y enviará al mismo Contratante.
- III. Comunicar a los asegurados la siguiente información:
 - a) Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía;
 - b) Firma del funcionario autorizado de La Compañía;
 - c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
 - d) Nombre del Contratante;
 - e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
 - f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
 - g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
 - h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
 - i) Transcripción que corresponda del texto de las cláusulas número 11 y 12.- (INGRESO DE ASEGURADOS Y BAJA DE ASEGURADOS).
 - j) En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá Transcribir la cláusula número 13 de estas condiciones generales. (DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL).
- IV. Las demás que se deriven del presente contrato y la normatividad aplicable.

9. REGISTRO DE ASEGURADOS.- La Compañía formará un registro de asegurados en cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo;
- b) Suma asegurada o regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y plan de seguros de que se trate;
- e) Número de Certificado individual, y
- f) Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregarle copia de este registro.

10. INGRESO DE ASEGURADOS.- Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. (Art. 17 del Reglamento).

11. BAJA DE ASEGURADOS.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (Art. 18 del Reglamento). Y su baja será efectiva en la fecha en que concluya la cobertura de la última prima pagada.

12. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.- En el Seguro de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de La Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a La Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación (Art. 19 del Reglamento).

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de La Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

13. LÍMITE DE PROTECCIÓN INICIAL.- Con apego a lo establecido en el artículo 5º del Reglamento, en lo relativo a evitar fenómenos de selección adversa para La Compañía, las personas que formen parte del Grupo Asegurable y cuyo consentimiento reciba La Compañía, quedarán asegurados a partir de la fecha en que formen parte del citado grupo hasta por la SAMI. La Suma Asegurada en exceso se otorgará una vez satisfechas las pruebas de asegurabilidad establecidas por La Compañía. Los incrementos de Suma Asegurada que el Contratante solicite por escrito a La Compañía solo podrán realizarse hasta el aniversario de la póliza, La Compañía se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar mayor información para valorar la aceptación de los mismos.

14. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.- La prima total del Grupo así como las primas que correspondan a cada Integrante del mismo se obtendrán de acuerdo a lo establecido en la nota técnica respectiva y el Contratante será el responsable de realizar el pago.

En cada fecha de vencimiento del contrato, La Compañía podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

El cálculo de la prima de tarifa correspondiente a los nuevos Integrantes del Grupo, así como la de aquellos que dejen de formar parte de los mismos de manera definitiva, se sujetará a las normas técnicas y operativas establecidas por La Compañía.

15. PRIMA.- 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

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

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 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 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 12 (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.

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.

16. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.- LA COMPAÑÍA expedirá un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo asegurado y deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía;
- b) Firma del funcionario autorizado de La Compañía;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación. Asimismo, el referido Certificado, deberá incluir las principales cláusulas de la póliza.

El Contratante una vez recibido dicho Certificado lo hará llegar a cada Asegurado. Es obligación del Contratante entregar los Certificados a los asegurados o hacer de su conocimiento la información contenida en los mismos, quien para dar cumplimiento a tal obligación, entregará el documento anterior con acuse de recibo a cada asegurado. En cualquier caso, el Asegurado podrá solicitar a La Compañía el certificado correspondiente.

17. BENEFICIARIOS.- Cada miembro del grupo debe y es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo puede cambiar el beneficiario o los

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

beneficiarios designados, mediante solicitud por escrito, que juntamente con el certificado respectivo deberá remitir a La Compañía para la anotación correspondiente, tanto en el certificado como en el registro anexo a la póliza, y una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al asegurado por conducto del Contratante.

El Contratante podrá ser designado beneficiario únicamente cuando el objeto del seguro sea garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales contractuales o voluntarias concedidas por el mismo. En este caso el importe del seguro para éste, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, La Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte que fallezca antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

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 a la indemnización derivada del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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.

18. PAGO A BENEFICIARIOS.- La Compañía pagará la suma Asegurada al último Beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberado de las obligaciones contraídas en el Certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, esta ya no surtirá efecto. El pago de la suma Asegurada se hará a los Beneficiarios en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del siniestro. Si algún Beneficiario llegó con vida al momento del Siniestro pero falleció antes de poder cobrar su proporción de Suma Asegurada, el pago se realizará a la sucesión legal de dicho Beneficiario. Si algún Beneficiario falleció antes de ocurrir el Siniestro, su proporción de Suma Asegurada se repartirá entre los demás Beneficiarios vivos de acuerdo a la proporción de cada uno de ellos.

19. 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 se establecen en la carátula de la póliza.

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, rescindiré 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 pague 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;

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

- 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.

20. 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.

21. 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.

22. MODIFICACIONES.- En términos del Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier cambio o modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, el Agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.- El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual La Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias, para tramitar el pago por el siniestro, la documentación que se debe recabar depende del tipo de reclamación que se trate. En caso de requerirlo, La Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

1. Muerte

- a) Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.
- b) Informe Médico para el pago de suma asegurada en caso de fallecimiento, el cual debe ser llenado y firmado por el médico tratante del asegurado.
- c) Acta de defunción certificada por el Registro Civil o en original.
- d) Documento para comprobar la edad del asegurado en original (acta de nacimiento, pasaporte, fe de bautizo o cartilla militar).
- e) Último recibo de sueldo firmado por el asegurado en original. Cuando éste haya ingresado al Grupo durante la vigencia de la póliza, se deberá enviar el aviso de alta al I.M.S.S., al I.S.S.S.T.E, o a cualquier instituto estatal de Seguridad Social, siempre y cuando esté inscrito en alguna de esas instituciones.
Para grupos de asegurados que no estén en el supuesto del párrafo anterior se deberá presentar un documento mediante el cual sea posible verificar fehacientemente que el asegurado pertenecía al grupo asegurado.
- f) Identificación oficial vigente del asegurado para corroborar su firma en original.
- g) Último consentimiento firmado por el asegurado en la cual designó a sus beneficiarios en original, en caso de contar con él.

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

- h) Documento de carácter oficial para comprobar la edad de los beneficiarios en original (acta de nacimiento, de matrimonio o pasaporte), y para comprobar la firma, identificación oficial vigente en original.
- i) Documento para comprobar el domicilio de los beneficiarios en original (recibo de luz, teléfono, estado de cuenta bancario, predial con vigencia menor a 3 (tres) meses). Si el trámite corresponde al "Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal", debe presentar el informe del Médico tratante.

2. Muerte accidental (si el riesgo fue contratado).-

Además de los documentos listados para las reclamaciones por muerte, Actuaciones del Ministerio Público completas en original o copia certificada. En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley, así como estudio químico-toxicológico.

3. Invalidez (si el riesgo fue contratado).- Además de los documentos d, e y f listados para las reclamaciones por muerte:

- a) Declaración de invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado.
- b) Dictamen de invalidez del I.M.S.S. (en su forma ST-4) o en la forma equivalente del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de Seguridad Social al que hubiese estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, historia clínica y resultados de estudios de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.
- c) Informe Médico para Pago de Suma Asegurada por Invalidez o Pérdida de Miembros, requisitado y firmado por el médico tratante.
Si se contrató BIT, además de los puntos señalados en este apartado, el documento g de la lista para las reclamaciones por muerte.

4. Pérdida de miembros (si el riesgo fue contratado).- Además de los documentos d, e y f listados para las reclamaciones por muerte:

- a) Declaración invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado.
- b) Dictamen, Radiografías de la parte afectada y Forma ST-1 o ST-3 del I.M.S.S. o las formas equivalentes del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de Seguridad Social al que hubiese

estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, dictamen médico y radiografías donde se muestre la pérdida de miembros.

- c) Informe Médico para Pago de Suma Asegurada por Invalidez o Pérdida de Miembros, requisitado y firmado por el médico tratante.

24. PRUEBAS.- El reclamante presentará a La Compañía, además de las formas de la declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago. El costo de la obtención de documentos oficiales correrá por cuenta del Beneficiario. Se deberán presentar pruebas de que el siniestro por el que se reclama, ocurrió dentro de la vigencia de la póliza.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

25. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.- La Compañía pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso 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 en los términos de esta póliza.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco por parte del Contratante de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a la Compañía, obliga al Contratante a reintegrar el pago a La Compañía.

26. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.- El Contratante podrá optar por alguna de las siguientes modalidades de contratación:

- 1. **Con Dividendos.-** El Contratante y los Asegurados, en su caso, participarán anualmente de las utilidades por mortalidad favorable que obtenga La Compañía en el total de la cartera de este tipo de seguros, calculadas en los términos del procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El monto de siniestros, podrá considerar la proporción de reserva correspondiente a Siniestros Occurridos No Reportados. El cálculo de los dividendos se hará al final de cada año calendario, considerando las pólizas vigentes a esa fecha y su pago se realizará al final de la vigencia de la póliza, sin que éste quede sujeto a la renovación de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos. El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en la que contribuyan al pago de la prima, podrán participar de las utilidades que obtenga la Compañía con base en los lineamientos y requisitos establecidos en la Nota Técnica vigente correspondiente.

Para que dicha participación se otorgue, el Contratante deberá asentarla por escrito en la solicitud del seguro, siempre y cuando el grupo asegurado cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto. El pago de los dividendos está sujeto al pago de la prima en su totalidad.

Cuando los Asegurados no participen en el pago de la prima, el dividendo se pagará mediante alguno de los siguientes medios:

- Con cheque nominativo a favor del Contratante; o
- Abono a la cuenta que para tal efecto proporcione el Contratante; o
- Su importe será aplicado al pago de las primas subsecuentes, hasta por el monto del dividendo al que tenga derecho el Contratante.

Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima y existan dividendos, La Compañía cumplirá con su obligación de pagar los dividendos a los Asegurados, entregando al Contratante el importe total de éstos, señalando los montos que les correspondan a cada uno de los Asegurados.

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a los dividendos de cada uno de los Asegurados que forman parte del Grupo Asegurado, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a La Compañía de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de La Compañía por este concepto. Cualquier pago por este concepto realizado indebidamente, obliga al Contratante y a los Asegurados a reintegrar de inmediato el pago a La Compañía.

CLAUSULA ESPECIAL DE DIVIDENDOS. En caso de que el contratante haya elegido la opción de participar de las utilidades por mortalidad favorable que obtenga la aseguradora, ésta no realizará pagos por este concepto a una persona distinta al contratante de la póliza.

2. Sin Dividendos.- Si el Contratante así lo desea, podrá solicitar la cobertura bajo esta modalidad. El Contratante deberá asentar por escrito en la solicitud del seguro la

opción de participación de utilidades que elija, siempre y cuando el grupo asegurado cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto.

Si no existe esta petición se aplicará lo establecido en el inciso Sin Dividendos.

En la carátula de la póliza se establece la modalidad de la Participación de Utilidades, estipulando si esta póliza da o no derecho a otorgamiento de dividendos.

27. CONDICIONES DE RENOVACIÓN.- Se podrá renovar este seguro por periodos iguales, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos previstos en el “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” en la fecha de vencimiento del contrato. Lo anterior sin necesidad de nuevas pruebas de asegurabilidad siempre que la edad de los asegurados en la fecha de aniversario respectivo no exceda de la edad máxima de aceptación establecida en la carátula de la póliza y hasta la suma asegurada alcanzada, lo anterior en cumplimiento a la fracción III de la disposición 4.5.4 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica en vigor respectiva.

En cada fecha de vencimiento del contrato, La Compañía podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

28. 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 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento;
- II. 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 las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

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.

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;

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 o.

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;

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

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. PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL.- 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.

31. FACULTAD DEL CONTRATANTE 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.

32. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.- Las obligaciones de La Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de Prima.

También cuando exista un cambio de Contratante, de acuerdo al punto 7 de este mismo capítulo.

33. 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 deba 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.

34. INDISPUTABILIDAD.- Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla un año, contado a partir de su fecha de inicio de vigencia para cada asegurado o la de su última rehabilitación y al efecto La Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME

refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

35. CANCELACIÓN DE PÓLIZA.- Si el Grupo Asegurado llegará a desintegrarse, esta póliza será cancelada, a partir de la fecha cubierta por la última prima pagada.

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

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. COMUNICACIONES.- 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.generaldeseguros.mx

39. LOCALIZACIÓN DE 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 #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, y/o al correo electrónico atencionaclientes@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 #762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez,

Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 5340.0999 y 01.800.9998.080. webmaster@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

40. ENTREGA DE PÓLIZA.- Una vez aceptada la solicitud de seguro La Compañía se obliga a entregar al 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 atencionaclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 52 70 80 00.

IV. VIGENCIA

1. INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA DEL CONTRATO.- La vigencia de esta póliza inicia y termina en las fechas y horas indicadas en la carátula de la misma, y en particular, para cada Asegurado a partir de la fecha y hora indicada en el certificado correspondiente.

BENEFICIOS ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT) (Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**Descripción.**

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 65 (sesenta y cinco) años, el Asegurado se invalida total y permanentemente, La Compañía eximirá al Asegurado del pago de la prima por la cobertura de fallecimiento, otorgando al Asegurado una cobertura vitalicia con la suma asegurada contratada al momento de la invalidez total y permanente.

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
- 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.

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.

Exclusiones.**Este beneficio adicional no cubre:**

- a) **Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:**
 - **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
 - **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.**

BENEFICIOS ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT) (Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

El beneficio adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**

- b) **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.**

- c) **Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.**

Terminación.

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 Contratante.
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
- d) Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

Límite de Edad.

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 60 (sesenta) años, cancelándose el beneficio a los 65 (sesenta y cinco) años.

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 21 de Mayo de 2013 con el número CNSF-S0009-0095-2013, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0064-2015 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0168-2016/CONDUSEF-002245-01.

**BENEFICIOS ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BPAI)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)****Descripción.**

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 65 (sesenta y cinco) 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 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 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
- 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.

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.

Exclusiones**Este beneficio adicional no cubre:****a) Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:**

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**
- **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.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**

b) 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.

**BENEFICIOS ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BPAI)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

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

Terminación.

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 Contratante.
- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado haya cumplido la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
- d) Al otorgar La Compañía el pago de este beneficio.
- e) La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

Límite de Edad.

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 60 (sesenta) años, cancelándose el beneficio a los 65 (sesenta y cinco) años.

El beneficio adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente (BPAI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

Descripción.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita 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 o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado por cualquier persona.

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 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 se debe 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 beneficio.

b) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.

c) Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

d) Lesiones u homicidio 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, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

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 si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

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 Contratante.

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.

Límite de Edad

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años.

El beneficio adicional por Muerte Accidental (MA) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

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

Descripción.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita 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 o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado por cualquier persona.

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 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 o 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) 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 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 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 beneficio.
- b) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- c) Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- d) Lesiones u homicidio 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, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- 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 si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

Terminación.

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

**BENEFICIO ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE (DI)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del Contratante.
- 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.

Límite de Edad

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años.

El beneficio adicional de Doble Indemnización por Accidente (DI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

BENEFICIOS ADICIONAL POR TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE COLECTIVO (TI)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)

Descripción.

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita 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 o la muerte provocada intencionalmente al Asegurado por cualquier persona.

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 a pérdida orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente:

Pérdida de	Porcentaje
A) Ambas manos o 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) 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 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 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:

- a) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.**
- b) **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- c) **Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- d) **Lesiones u homicidio producidos en riña al Asegurado por cualquier persona, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.**

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 21 de Mayo de 2013 con el número CNSF-S0009-0095-2013, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0064-2015 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0168-2016/CONDUSEF-002245-01.

**BENEFICIOS ADICIONAL POR TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE COLECTIVO (TI)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**

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, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

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 si se demuestra que le fueron prescritas por un médico.

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 Contratante.
- 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.

Límite de Edad.

El límite mínimo de edad de aceptación es de 15 (quince) años y el máximo es la edad de 69 (sesenta y nueve) años, cancelándose el beneficio a los 70 (setenta) años. El beneficio adicional de Triple Indemnización.

El beneficio adicional de Triple Indemnización por Accidente Colectivo (TI) operará sólo si aparece estipulado en la carátula de la póliza.

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME,
PRINCIPALES CLAUSULAS**

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

4 Carencia de Restricciones: Este contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, género de vida y de la ocupación del asegurado, o por los viajes que éste haga.

6 Suicidio: En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de este Contrato y del respectivo Certificado Individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado individual, en la fecha que ocurra el fallecimiento. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro de dicho Asegurado.

10 Ingreso de Asegurados: Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que

fue contratada la póliza (Art. 17 del Reglamento). Lo anterior, también aplica a los beneficios adicionales de Accidentes y de Invalidez Total y Permanente.

11 Baja de Asegurados: Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (Art. 18 del Reglamento). Y su baja será efectiva en la fecha en que concluya la cobertura de la última prima pagada.

12 Derecho a Seguro Individual: En el Seguro de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de La Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a La Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación (Art. 18 del Reglamento). La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de La Compañía, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

17 Beneficiarios: Cada miembro del grupo debe y es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual. Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados, mediante solicitud por escrito, que juntamente con el certificado respectivo deberá remitir a La Compañía para la anotación correspondiente, tanto en el certificado como en el registro anexo a la póliza, y una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al asegurado por conducto del

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME,
PRINCIPALES CLAUSULAS**

Contratante. El Contratante podrá ser designado beneficiario únicamente cuando el objeto del seguro sea garantizar créditos concedidos por el Contratante o Prestaciones legales contractuales o voluntarias concedidas por el mismo. En este caso el importe del seguro para éste, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, La Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte que fallezca antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

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 a la indemnización derivada del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

18 Pago a Beneficiarios: La Compañía pagará la suma Asegurada al último Beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberado de las obligaciones contraídas en el Certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, está ya no surtirá efecto. El pago

de la suma Asegurada se hará a los Beneficiarios en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del siniestro. Si algún Beneficiario llegó con vida al momento del Siniestro pero falleció antes de poder cobrar su proporción de Suma Asegurada, el pago se realizará a la sucesión legal de dicho Beneficiario. Si algún Beneficiario falleció antes de ocurrir el Siniestro, su proporción de Suma Asegurada se repartirá entre los demás Beneficiarios vivos de acuerdo a la proporción de cada uno de ellos.

19 Edad: Para los efectos de este contrato se considera como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro. La edad máxima de admisión de la cobertura de fallecimiento será la estipulada en la carátula de la póliza, sin que exista límite máximo de edad en las renovaciones subsecuentes. La edad declarada por el Asegurado se podrá comprobar fehacientemente antes de su fallecimiento. En este 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 se tenga que pagar el siniestro por muerte del Asegurado. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del certificado que corresponda al asegurado en la fecha de su rescisión. (Art. 160 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato;
- b) Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a recobrar 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

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME,
PRINCIPALES CLAUSULAS**

habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

d) Si con posterioridad a la muerte 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 Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Si al comprobar la edad, ésta resulta fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, se rescindirá el Contrato devolviéndose la reserva matemática que corresponda al Contrato en esta fecha. Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

21 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.

23 Procedimiento en caso de siniestro: El Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual La Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias, para tramitar el pago por el siniestro, la documentación que se debe recabar depende del tipo de reclamación que se trate. En caso de requerirlo, La Compañía se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

23.1 Muerte:

a) Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.

b) Informe Médico para el pago de suma asegurada en caso de fallecimiento, el cual debe ser llenado y firmado por el médico tratante del asegurado.

c) Acta de defunción certificada por el Registro Civil o en original.

d) Documento para comprobar la edad del asegurado en original (acta de nacimiento, pasaporte, fe de bautizo o cartilla militar).

e) Último recibo de sueldo firmado por el asegurado en original. Cuando éste haya ingresado al Grupo durante la vigencia de la póliza, se deberá enviar el aviso de alta al I.M.S.S., al I.S.S.S.T.E, o a cualquier instituto estatal de Seguridad Social, siempre y cuando esté inscrito en alguna de esas instituciones. Para grupos de asegurados que no estén en el supuesto del párrafo anterior se deberá presentar un documento mediante el cual sea posible verificar fehacientemente que el asegurado pertenecía al grupo asegurado.

f) Identificación oficial vigente del asegurado para corroborar su firma en original.

g) Último consentimiento firmado por el asegurado en la cual designó a sus beneficiarios en original, en caso de contar con él.

h) Documento de carácter oficial para comprobar la edad de los beneficiarios en original (acta de nacimiento, de matrimonio o pasaporte), y para comprobar la firma, identificación oficial vigente en original.

i) Documento para comprobar el domicilio de los beneficiarios en original (recibo de luz, teléfono, estado de cuenta bancario, predial con vigencia menor a 3 (tres) meses). Si el trámite corresponde al "Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal", además de lo antes señalado debe presentar el original del Certificado Médico de Defunción.

23.2 Muerte accidental (si el riesgo fue contratado): Además de los documentos listados para las reclamaciones por muerte, Actuaciones del Ministerio Público completas en original o copia certificada.

En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley, así como estudio químico-toxicológico.

23.3 Invalidez (si el riesgo fue contratado): Además de los documentos d, e y f listados para las reclamaciones por muerte.

a. Declaración de invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado;

b. Dictamen de invalidez del I.M.S.S. (en su forma ST-4) o en la forma equivalente del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO PYME,
PRINCIPALES CLAUSULAS**

Seguridad Social al que hubiese estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, historia clínica y resultados de estudios de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez.

c. Informe Médico para Pago de Suma Asegurada por Invalidez o Pérdida de Miembros, requisitado y firmado por el médico tratante. Si se contrató SSIT, además de los puntos señalados en este apartado, el punto número 8 de la lista para las reclamaciones por muerte.

23.4 Pérdida de miembros (si el riesgo fue contratado): Además de los documentos d, e y f listados para las reclamaciones por muerte.

a. Declaración invalidez o pérdida de miembros, requisitada y firmada por el Asegurado.

b. Dictamen, Radiografías de la parte afectada y Forma ST-1 o ST-3 del I.M.S.S. o las formas equivalentes del I.S.S.S.T.E. o del Instituto Estatal de Seguridad Social al que hubiese estado inscrito el asegurado, en caso de no contar con éste, dictamen médico y radiografías donde se muestre la pérdida de miembros.

c. Informe Médico para Pago de Suma Asegurada por Invalidez o Pérdida de Miembros, requisitado y firmado por el médico tratante

30 Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal:

La Compañía pagará al propio Asegurado, el 30 (treinta) 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.

Convenio de Auto-Administración

PÓLIZA Número:

CONTRATANTE:

FECHA DE VIGENCIA DEL CONVENIO:

Las pólizas que se contraten bajo el esquema de Auto-Administración deberán sujetarse a las siguientes cláusulas:

1.- Emisión de la Póliza

Se requiere la entrega de la siguiente documentación:

a) Solicitud matriz, indicando el porcentaje de contribución del personal al pago de las primas, y en su caso, indicar el carácter de participación voluntaria de los Asegurados.

b) Nómina oficial de la empresa, a la fecha de la solicitud, conteniendo los siguientes datos, como mínimo ya que servirá como registro de Asegurados.

*Nombre

*Sexo

*Fecha de nacimiento o clave de Registro Federal de Contribuyentes.

*Sueldo mensual, categoría y fecha de ingreso a la empresa contratante

El Contratante se obliga a:

a) El Contratante deberá hacer del conocimiento de los asegurados la información descrita en cada uno de los Certificados Individuales (Art. 16 del Reglamento de “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”), incluyendo lo siguiente:

i) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;

ii) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;

iii) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;

iv) Nombre del Contratante;

v) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;

vi) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;

vii) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;

- viii) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
 - ix) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.
 - x) En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.
- b) Previo a la emisión de la Póliza, el contratante deberá recabar consentimiento de cada uno de los integrantes del grupo, en el que se contenga la designación de los Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable, así como la suma asegurada o la regla para determinarla, con la firma autógrafa de cada integrante del grupo asegurable.
- c) Proporcionar a la Compañía, por separado, una relación de su personal eventual y aquellos integrantes que se incorporen con posterioridad a la emisión de la póliza al grupo asegurable. Dichas personas no quedarán aseguradas bajo las condiciones que se establecen en este convenio de manera automática, sino hasta que la Compañía comunique la aceptación de dichos Asegurados.
- d) El contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información que ésta le requiera para el cabal cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento del “Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

2.- Movimientos

El contratante deberá informar a la Compañía los reportes de movimientos de altas y bajas durante el año de vigencia de la póliza, comprometiéndose la Compañía a asegurar a los nuevos integrantes del Grupo desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad. El Contratante se obliga a recabar el consentimiento de los nuevos integrantes del Grupo dentro de los treinta días siguientes en que el nuevo integrante cumpla los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, debiendo recabar la designación de los Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable, así como la suma asegurada o la regla para determinarla, con la firma autógrafa de cada integrante del grupo asegurable. En caso de cambio de regla para determinar la suma asegurada o inclusión de nuevos beneficios, el Contratante deberá recabar los nuevos consentimientos de cada integrante

del Grupo o en su defecto notificar, por escrito, las nuevas condiciones a los Asegurados.

3.- Incrementos Individuales de Suma Asegurada

El monto máximo de la suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad que se determine a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza se mantendrá fijo durante todo el año de vigencia de la misma.

En cada renovación, al ser ésta una nueva contratación, se determinará el nuevo monto de suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, y podrán ser establecidos nuevos requisitos de asegurabilidad. Estos nuevos requisitos de asegurabilidad serán siempre establecidos en los casos cuyo incremento porcentual de aseguramiento sea mayor al porcentaje promedio de aumento de la nómina del Grupo Asegurado.

La aplicación de este incremento porcentual queda sujeto a un límite máximo de suma asegurada, sin requisitos de asegurabilidad, equivalente al límite de retención de la Compañía, aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.- Renovaciones

La Compañía podrá proporcionar, dentro de los treinta días anteriores a la fecha de renovación, un recibo para el pago de primas que ampare dicha nueva contratación, en las condiciones de aseguramiento en vigor a esa fecha. Este recibo deberá ser pagado dentro de los treinta días siguientes a la fecha de renovación del seguro, contando con un periodo de espera igual para el envío de la información, que servirá como base para la elaboración del registro de Asegurados, de los ajustes correspondientes y del recibo definitivo.

En caso de que ocurra un siniestro antes de que la Compañía reciba la información necesaria para poder aceptar la renovación, éste será pagado con las condiciones contratadas, sujeto a la aplicación del límite máximo de suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad vigente a la fecha, previo pago de la prima correspondiente.

5.- Ajuste de Primas

Una vez determinado el importe de la Suma Asegurada total correspondiente al nuevo periodo de seguro, se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada en el periodo anterior, a la que se aplicará la cuota promedio, por un periodo igual a la mitad del periodo anterior, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto, que incluye lo que corresponda a modificaciones en las Sumas Aseguradas y bajas o altas de Asegurados.

El importe de este recibo deberá pagarse dentro de los treinta días siguientes a su fecha

de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se haga dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones y Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último período de cálculo.

Los ajustes de primas por motivo de cambio de reglas para determinar la suma asegurada o inclusión de beneficios, se deberán de pagar en el momento en que dichos cambios ocurran.

En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Los ajustes de primas por motivos de incrementos salariales se pagarán en el momento en que esto ocurra sólo si dicho incremento es superior al veinticinco por ciento; en caso contrario los aumentos se acumularán y cuando se rebase el veinticinco por ciento se emitirá el recibo correspondiente. En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

6.- Cambio de Beneficiarios

El Asegurado que desee cambiar a sus beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez lo notificará de inmediato a la Compañía.

En caso de siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Asegurado, en caso de existir un tercer beneficiario no contemplado y que demostrase que tiene derechos sobre la póliza, el Contratante asume la responsabilidad de la póliza frente a este beneficiario.

7.- Siniestros

En caso de reclamación por alguno de los eventos amparados por la póliza, el Contratante procederá de acuerdo a lo estipulado en la póliza y solicitará a los beneficiarios requisiten los formatos de reclamaciones proporcionados por la compañía de seguros; y en el caso de altas durante la vigencia de la póliza anexarán en forma adicional, el último consentimiento original, copia del alta al I.M.S.S. o al I.S.S.S.T.E. y el último recibo de sueldo, en caso de que la Suma Asegurada se determine con base en el sueldo.

Independientemente de que el Contratante tramite el pago de la indemnización por el siniestro, la Compañía deberá pagar al beneficiario, tal y como lo dispone el artículo 166 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

FECHA DE ELABORACIÓN:

CONFORME
ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO DEL CONTRATANTE

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 21 de Mayo de 2013 con el número CNSF-S0009-0095-2013, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0064-2015 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0168-2016/CONDUSEF-002245-01.