

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RETIRO.**I. DEFINICIONES****1. ASEGURADO**

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

2. LA COMPAÑÍA

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

3. CONTRATANTE

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

4. BENEFICIARIO

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

5. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad amparada bajo las coberturas contratadas en esta póliza.

6. EDAD DE RETIRO

Es el número de años cumplidos del Asegurado en los que se le entregará el beneficio de la Cobertura de Retiro.

7. FECHA DE RETIRO

Es la fecha de vencimiento establecida en la carátula de la póliza y corresponde al aniversario de la póliza posterior a la Edad de Retiro.

8. PRIMA

Es el precio convenido por las coberturas contratadas.

9. ENDOSO

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

II. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

Asimismo, en caso de que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Retiro, La Compañía pagará al propio Asegurado, la Suma Asegurada más el Saldo del Fondo en Administración que tenga constituido a la misma fecha. Si el Asegurado fallece antes de la Fecha de Retiro, La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado para la cobertura de fallecimiento, la suma asegurada estipulada para dicha cobertura más el Saldo del Fondo en Administración que tenga constituido, en los términos y condiciones establecidas en este contrato de seguros.

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.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RETIRO.**III. COBERTURA DE RETIRO**

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Retiro, La Compañía pagará al propio Asegurado, la Suma Asegurada más el Saldo del Fondo en Administración que tenga constituido a la misma fecha.

La Compañía pagará la indemnización correspondiente derivada de la Cobertura de Retiro en una sola exhibición, cesando después de este evento los efectos del presente contrato.

1. ASPECTO FISCAL

Queda establecido que este es un plan personal de retiro que se apega a lo dispuesto en el Artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR) fracción V, así como al oficio de autorización que para tal efecto otorgo el Sistema de Administración Tributaria (SAT) a La Compañía.

Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales: ...**Fracción V. APORTACIONES COMPLEMENTARIAS DE RETIRO, A PLANES PERSONALES DE RETIRO O A LA SUBCUENTA DE APORTACIONES VOLUNTARIAS.** Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10 (diez) por ciento de los ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a 5 (cinco) UMA (Unidad de Medida y Actualización) elevados al año.

2. CONCEPTO DE PLANES PERSONALES DE RETIRO

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 (sesenta y cinco) años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro o sociedades operadoras de sociedades de inversión con autorización para operar en el país, y siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria.

3. RETIRO ANTICIPADO

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de éste Título.

4. FALLECIMIENTO DEL TITULAR

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

5. INGRESOS DE PLANES PERSONALES DE RETIRO O DE LA SUBCUENTA DE APORTACIONES VOLUNTARIAS DEL SAR

Artículo 142 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR) fracción XVIII.

Los ingresos provenientes de planes personales de retiro o de la subcuenta de aportaciones voluntarias a que se refiere la fracción V del artículo 151 de esta Ley, cuando se perciban sin que el contribuyente se encuentre en los supuestos de invalidez o incapacidad para realizar un trabajo remunerado, de conformidad con las Leyes de seguridad social, o sin haber llegado a la edad de 65 (sesenta y cinco) años, para estos efectos se considerará como ingreso el monto total de las aportaciones que hubiese realizado a dicho plan personal de retiro o a la subcuenta de aportaciones voluntarias que hubiere deducido conforme al artículo 151, fracción V de esta Ley, actualizadas, así como los intereses reales devengados durante todos los años de la inversión, actualizados. Para determinar el impuesto por estos ingresos se estará a lo siguiente:

- a) El ingreso se dividirá entre el número de años transcurridos entre la fecha de apertura del plan personal de retiro y la fecha en que se obtenga el ingreso, sin que en ningún caso exceda de 5 (cinco) años.
- b) El resultado que se obtenga conforme a la fracción anterior, será la parte del ingreso que se sumará a los demás ingresos acumulables del contribuyente en el ejercicio de que se trate y se calculará, en los términos de este Título, el impuesto que corresponda a los ingresos acumulables.
- c) Por la parte del ingreso que no se acumule conforme a la fracción anterior, se aplicará la tasa del impuesto que corresponda en el ejercicio de que se trate a la totalidad de los ingresos acumulables del contribuyente y el impuesto que así resulte se adicionará al del citado ejercicio.

Cuando hubiesen transcurrido más de 5 (cinco) ejercicios desde la fecha de apertura del plan personal de retiro o de la subcuenta de aportaciones voluntarias y la fecha en que se obtenga el ingreso, el contribuyente deberá pagar el impuesto sobre el ingreso aplicando la tasa de impuesto promedio que le correspondió al mismo en los 5 (cinco) ejercicios inmediatos anteriores a aquel en el que se efectúe el cálculo. Para determinar la tasa de impuesto promedio a que se refiere este párrafo, se sumarán los resultados expresados en por ciento que se obtengan de dividir el impuesto determinado en

cada ejercicio en que se haya pagado este impuesto entre el ingreso gravable del mismo ejercicio, de los 5 (cinco) ejercicios anteriores y el resultado se dividirá entre 5 (cinco). El impuesto que resulte conforme a este párrafo se sumará al impuesto que corresponda al ejercicio que se trate y se pagará conjuntamente con este último.

6. OFICIO DE AUTORIZACION

El Sistema de Administración Tributaria (SAT) autorizó a General de Seguros, S.A.B., para administrar este plan personal de retiro, mediante el oficio número 900 02-02-01-2008-974, de fecha 26 de Junio de 2008.

7. CONTRATACION

Para contratar este plan el Asegurado deberá proporcionar a General de Seguros, S.A.B. la Clave Unica de Registro Poblacional (CURP) o el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) con su respectiva homoclave.

Por tratarse de un plan personal de retiro, el Contratante, el Asegurado y el Beneficiario de la Cobertura de Retiro deberán ser la misma persona física.

8. MEDIOS DE IDENTIFICACION

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.

9. PLAZO

El plazo para esta cobertura es a la edad alcanzada 65 (sesenta y cinco) años, es decir, que el plazo está determinado por el número de años que falten por transcurrir para que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad, contados a partir de la fecha de contratación de la póliza. El plazo mínimo del seguro será de 5 (cinco) años. El plazo se describe en la carátula de la póliza.

10. PRIMA PLAN DE RETIRO

Es la prima del plan Dotal Puro más las primas del Dotal a Corto Plazo, es decir, no se considera la prima del Plan de Fallecimiento ni la prima de los

beneficios adicionales. Lo anterior de acuerdo a lo establecido en el Artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta fracción V.

11. FONDO EN ADMINISTRACION

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

- a) Las primas del Dotal a Corto Plazo ó Aportaciones Adicionales que La Compañía reciba del Asegurado para su administración.
- b) Más los Dividendos e Intereses generados por la inversión de las mismas,
- c) Menos las deducciones que se deriven de acuerdo con lo estipulado en las presentes condiciones generales.

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

12. VALOR DE RESCATE

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

Una vez obtenido este valor de rescate, el presente contrato quedará automáticamente cancelado.

13. RETIROS PARCIALES DEL FONDO EN ADMINISTRACION

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado podrá realizar retiros parciales mediante solicitud por escrito del mismo a La Compañía.

El retiro parcial podrá ser por cualquier monto sin exceder el saldo acumulado en el Fondo en Administración, atendiendo a lo dispuesto en el aspecto fiscal de este mismo capítulo.

La Compañía realizará un cargo por concepto de administración al Fondo de Administración de la póliza por cada retiro parcial, el cual será deducido del saldo del Fondo en Administración. Dicho cargo por retiro parcial será el que La Compañía registre para tal efecto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

14. ESTADOS DE CUENTA

Una vez al año, se le enviará al Asegurado un estado de cuenta indicándole todos los movimientos realizados a su póliza en el ejercicio fiscal precedente, así como el valor de rescate y el saldo acumulado en el Fondo en Administración si lo hubiere.

La Compañía también estará obligada a proporcionar el estado de cuenta al Asegurado en el momento en que él lo solicite por escrito a La Compañía.

IV. COBERTURA DE FALLECIMIENTO Y DOTAL

Bajo esta cobertura La Compañía pagará a sus beneficiarios la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza si el Asegurado fallece dentro del plazo del seguro. La Compañía tendrá derecho a descontar cualquier adeudo, incluyendo la parte no devengada de la prima anual de la vigencia en la que ocurra el fallecimiento. Asimismo, La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura si el Asegurado se encuentra con vida al término del plazo del seguro.

Es decir, la cobertura operará con base en el Seguro de Vida Individual contratado de acuerdo con los siguientes tipos:

a) Seguro Temporal o de Fallecimiento.

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

b) Seguro Dotal Puro.

La Compañía pagará al contratante la suma asegurada de esta cobertura si el Asegurado se encuentra con vida al término del plazo del seguro.

Durante la vigencia de la póliza el asegurado puede contratar la cobertura que a continuación se menciona.

**1. SEGURO DOTAL A CORTO PLAZO Ó
APORTACIÓN ADICIONAL**

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

- a) La suma asegurada por fallecimiento y sobrevivencia, serán iguales a la reserva terminal de la cobertura dotal a corto plazo contratada, y serán efectivas con la obligación de pago de la prima correspondiente a dicha cobertura.
- b) El Asegurado tendrá derecho a participar en las utilidades que obtenga La Compañía sobre esta cobertura dotal a corto plazo, de acuerdo con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Si el Asegurado no gira instrucciones en contrario, las utilidades a que tenga derecho el Asegurado, quedarán en depósito en La Compañía.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura dotal a corto plazo, los beneficiarios designados en la póliza, recibirán la suma asegurada más la participación de utilidades que corresponda.
- d) En caso de sobrevivencia del Asegurado al final del plazo, el dotal vencido pasará a formar parte del fondo en administración, sin embargo, el Asegurado podrá retirar el dotal vencido dando aviso a La Compañía con treinta días de anticipación.

**V. CLAUSULAS GENERALES
1. CONTRATO**

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

2. MODIFICACIONES

Las condiciones generales de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endosos que para tal efecto se registren en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, previo acuerdo entre La Compañía y el Asegurado, siendo agregados a la póliza y firmados por un funcionario autorizado. Si concluida la vigencia de la póliza las condiciones de contratación las condiciones generales aplicables serán las que se encuentren registradas y vigentes en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

**3. RECTIFICACION DE LA POLIZA
(Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan 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.

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 el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

5. 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.

6. 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 o el certificado correspondiente.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar fehacientemente antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso La Compañía hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el siniestro por el fallecimiento del Asegurado.

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se 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;

- 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.

7. SUICIDIO

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

8. DISPUTABILIDAD

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

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

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

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo. Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas. Las obligaciones de GENERAL DE SEGUROS S.A.B. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.

9. LIQUIDACION

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

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

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

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

10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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

a) Del Asegurado fallecido:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento
- Identificación oficial

b) Del Beneficiario:

- Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.
- Identificación oficial
- Acta de nacimiento
- Acta de matrimonio
(Únicamente si el beneficiario es el Cónyuge)

ARTÍCULO 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

11. BENEFICIARIOS

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

El Asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar beneficiarios, notificando por escrito a La Compañía la nueva designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a La Compañía el Certificado Médico de Defunción. La cantidad que por este concepto pague La Compañía, será descontada de la liquidación final a que tenga derecho el Beneficiario al que se le otorgó el anticipo.

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

La Compañía pagará al propio Asegurado, el 30 (treinta) por ciento de la suma asegurada contratada por fallecimiento con un límite máximo de 180 (ciento ochenta) UMA (Unidad de Medida y Actualización) mensuales vigentes en la Ciudad de México en el momento del pago, al recibir pruebas de que dicho Asegurado tiene una expectativa de vida de 12 (doce) meses o menos.

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

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

14. VALORES GARANTIZADOS

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

Sin perjuicio de las condiciones establecidas de cada Valor Garantizado el Asegurado deberá solicitar por escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes al vencimiento de la prima no pagada, la opción escogida remitiendo esta póliza para su anotación.

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

Todos los beneficios adicionales contratados quedarán automáticamente sin efecto.

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

El Asegurado tendrá derecho al rescate del Seguro Saldado, calculado por La Compañía de acuerdo a los procedimientos que para ello tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Una vez obtenido este valor de rescate, el presente contrato quedará automáticamente cancelado.

15. DIVIDENDOS

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

16. MUJERES

Si en la carátula de la póliza se indica que el Asegurado es mujer, con edad mayor o igual a 15 (quince) años y dictaminado como un riesgo normal, se considerará que la edad para efectos de determinación de Primas y Valores Garantizados es de 3 (tres) años menos; en caso de que la edad resultante al aplicar el descuento sea menor a 15 (quince) años, será 15 (quince) años la edad a considerar. Si la edad real en la fecha de emisión de la póliza es menor de 15 (quince) años, no se aplicará el descuento indicado.

17. NO FUMADOR

Cuando el Asegurado, de acuerdo con las declaraciones contenidas en la solicitud respectiva y a criterio de La Compañía, sea aceptado por ésta como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas y valores garantizados, será inferior en 2 (dos) años a su edad real, siempre y cuando su edad real al momento de solicitar este descuento no sea inferior a 18 (dieciocho) años.

Si el Asegurado modifica sus hábitos sobre este concepto dentro de los 2 (dos) primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, deberá notificarlo a La Compañía a mes tardar en el siguiente aniversario de esta póliza. A partir del momento en que La Compañía reciba esta notificación, dispondrá de 30 (treinta) días naturales para comunicar al Asegurado si continúa concediéndole o le cancela este beneficio. Transcurrido este plazo sin notificación de La Compañía, se entenderá que este beneficio continúa en vigor.

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

18. PRIMAS

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza y en su caso, la tasa de financiamiento por el pago de la prima fraccionada en parcialidades.

Anualmente se cobrará adicionalmente a la prima del seguro, un recargo fijo por concepto de administración, mismo que se establece en la Nota técnica correspondiente registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Asegurado deberá pagar la prima anual al momento de inicio

de vigencia de las coberturas y durante el plazo de pago estipulado en la carátula, salvo que este contrato se dé por terminado antes de cumplirse este plazo.

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

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

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

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

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

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

Artículo 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 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros).

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

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

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.

19. PAGO AUTOMATICO DE PRIMAS

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

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

20. REHABILITACION

Cuando los efectos del contrato cesen por falta de pago de primas, el Asegurado podrá rehabilitarlo en cualquier época durante el periodo de la cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Compañía, que lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto.

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

21) 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;

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 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

22. PRECEPTOS LEGALES

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

23. CAMBIO DE PLAN

El plan de este contrato no podrá ser cambiado a otro en forma o monto.

24. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

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

25. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. "El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor".

26. 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.

27. CONDICIONES DE RENOVACION

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

Asimismo, se establece que no se puede condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de la póliza.

28. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

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

**29. FACULTAD DEL ASEGURADO PARA
SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA
COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS.**

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de Comisiones o Compensaciones Directas, corresponda a los Agentes y demás personas físicas o morales que hayan intervenido en la celebración de este contrato.

La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

30. LOCALIZACION 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 número 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 número 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 5340.0999 y 01.800.9998.080 y/o visite la página web: webmaster@condusef.gob.mx; www.condusef.gob.mx

31. ENTREGA DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

32. VIGENCIA DEL CONTRATO

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

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

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

BENEFICIO DE EXENCION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**DEFINICIÓN**

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

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el "Asegurado" se invalida total y permanentemente, "La Compañía" eximirá al "Asegurado" del pago de la prima correspondiente a la cobertura por fallecimiento, y en su caso por sobrevivencia, otorgando al "Asegurado" un plan de seguro con la suma asegurada alcanzada al momento de la invalidez total y permanente, incrementándose la misma de acuerdo con el plan contratado inicialmente.

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

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

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

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

PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañado con los elementos probatorios que sirvieron de base para determinar su invalidez, a fin de cubrir 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.

BENEFICIO DE EXENCION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**EXCLUSIONES**

Este beneficio adicional no cubre:

1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el "Asegurado".
 - c) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
2. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de

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

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

TERMINACION

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

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

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

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

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 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.

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

PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, acompañado con los elementos probatorios que sirvieron de base para determinar su invalidez a fin de cubrir 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:

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

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

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el "Asegurado".
 - c) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - e) Accidentes que ocurran mientras el "Asegurado" se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
2. Estado de invalidez total y permanente debido a lesiones sufridas por culpa grave del "Asegurado", encontrándose éste bajo efectos de alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto si se demuestra que le fueron

prescritas por un médico.

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

TERMINACION

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

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

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

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita 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 por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada expresada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

EXCLUSIONES

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

- 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 muestra que le fueron prescritas por un médico.**
- k) **Lesiones u homicidio producidos intencionalmente por un tercero.**

TERMINACION

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

- a) **Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.**
- b) **La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".**
- c) **En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 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.**

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

f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

Así mismo este beneficio se cancelará, en caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente, toda

vez que la condición de riesgo del "Asegurado" ha cambiado. El "Asegurado" podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo en administración del plan.

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

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita 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 por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

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

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

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

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación

absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

EXCLUSIONES

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

- Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- Lesiones u homicidio producidos en riña al "Asegurado" por cualquier persona, únicamente cuando el "Asegurado" haya sido el provocador.
- Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, rebelión o actos de insurrección.
- La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el "Asegurado" viajare como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada para transportar pasajeros.
- La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- Lesiones sufridas mientras el "Asegurado" se encuentre tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

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

- 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.
- k) Lesiones u homicidio producidos intencionalmente por un tercero.
- "Asegurado".
- 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.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

TERMINACION

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

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

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

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

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita 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 por una persona distinta al "Asegurado".

BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, el "Asegurado" sufre un accidente que le provoque la muerte en el transcurso de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha del accidente, "La Compañía" pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, en adición a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento.

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

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

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

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación

absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

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

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

- 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.
- Mientras el "Asegurado" viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio de pasajeros, con exclusión de ascensores utilizados en minas.
- 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:

- Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean ocasionadas por los accidentes a que se refiere este beneficio.**
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- Suicidio o intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**

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

- 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.
- k) Lesiones u homicidio producidos intencionalmente por un tercero.

TERMINACION

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

- a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c) En el aniversario 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.
- f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

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

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

"La Compañía" pagará al "Asegurado" la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio, si estando en vigor el mismo y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el "Asegurado" cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, al "Asegurado" se le diagnostica cualquiera de las enfermedades citadas a continuación:

INFARTO AL MIOCARDIO

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

El diagnóstico será evidenciado por los siguientes criterios:

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

EXCLUSIONES

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

EMBOLIA CEREBRAL

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

EXCLUSIONES

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

vestibular.

**CIRUGIA POR ENFERMEDADES DE LAS
ARTERIAS CORONARIAS**

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

EXCLUSIONES

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

CANCER

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

EXCLUSIONES

Los siguientes cánceres no están cubiertos por este beneficio:

- a) Los tumores que presenten los cambios malignos característicos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-I, CIN-2 y CIN-3), o aquellos considerados por histología como premalignos.
- b) Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
- c) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas vaso celulares de la piel.
- d) Todos los carcinomas de células escamosas, de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- e) El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

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

f) Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1(a) o T1(t) del sistema TNM., desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer), de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

g) Leucemia linfocítica crónica.

h) Cáncer de seno o matriz.

DEFICIENCIA RENAL

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

TRANSPLANTES

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

EXCLUSIONES

a) Transplante de islotes de Langerhans.

PERIODO DE ESPERA

Salvo los ocasionados por accidente, no se cubrirán los padecimientos o tratamientos diagnosticados

durante los primeros 90 días a partir del inicio de vigencia de la póliza.

TERMINACION

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

a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

b) La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".

c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 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.

f) Por conversión de la cobertura por fallecimiento a seguro saldado.

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



Patriotismo 266

San Pedro de los Pinos

03800 | CDMX | Tel. 5270.8000

ANEXO TVG

TABLA DE VALORES GARANTIZADOS

NOMBRE DEL ASEGURADO	POLIZA No.		MONEDA :	
	PLAN :			

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 Septiembre de 2010 con el número CNSF-S0009-0681-2010, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016/CONDUSEF-001341-01.

AUT. CNBS, OF. No. 57978 EXP. 732.1 (S-6) / 1 DEL 2 DE OCTUBRE DE 1989

valores