

Al verificarse la(s) eventualidad(es) amparada(s) por la coberturas que se indica en la carátula de la póliza, **Seguros Banamex S. A. de C. V., Grupo Financiero Banamex** denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el y/o los beneficio(s) pactado(s) para dicha(s) cobertura(s), siempre y cuando la(s) mencionada(s) eventualidad(es) se presente durante su respectiva vigencia y cumpla las condiciones y requisitos estipulados.

El contrato de Seguro se sujetará a las siguientes cláusulas generales y a las especiales, tendiendo prelación estas últimas.

CLAUSULAS GENERALES

Objeto. De conformidad con la solicitud de seguro, cuestionario médico, el consentimiento del asegurado, así como las demás declaraciones del contratante del seguro y con sujeción a las condiciones generales, particulares, endosos y cláusulas contenidas en el presente contrato y certificados individuales que se encuentren en vigor, Seguros Banamex, S.A. de C.V. integrante del Grupo Financiero Banamex, a quien en adelante se la denominará la Compañía, se obliga a brindar a las personas que forman parte del grupo asegurado, la protección sobre la vida, en caso de resultar un riesgo amparado y de así contratarse, por los beneficios adicionales amparados en la carátula de la póliza y que no se encuentren excluidos, para garantizar al beneficiario, el pago de la suma asegurada una vez que se realice el riesgo amparado.

Ingreso al Grupo Asegurado. Los miembros que ingresen al Grupo Asegurado quedarán asegurados, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad a que se refiere la presente póliza, hasta la suma asegurada en Moneda Nacional especificada en la póliza y/o Certificado correspondiente.

Es obligación del contratante dar aviso a la Compañía de las altas que se efectúen en el Grupo Asegurado que rebasen la SAMI, vigilando que los asegurados que rebasen dicha SAMI cumplan con requisitos de asegurabilidad solicitados por la Compañía.

DEFINICIONES

Contratante. Es aquella persona que ha solicitado la celebración del presente Contrato para terceras personas, y que además se obliga a realizar el pago total de la prima y recabar la información necesaria para el aseguramiento.

Asegurado. Es la persona física cuyo nombre aparece en el certificado individual y se encuentra amparada en los términos y condiciones del presente seguro y a quien el Contratante le otorga un beneficio como prestación.

Beneficiario. Es aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir, en el porcentaje que le corresponda, la suma asegurada especificada en el certificado individual.

Primas. La prima es el costo del seguro. La prima total incluye los gastos de expedición de póliza, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, si el Asegurado se obligó a cubrir la misma en fracciones.

La prima es la que se estipula en el Carátula de la póliza. La prima, o las fracciones de ella vencerán al inicio de cada período pactado. En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas, aplicando las que se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima total del Grupo Asegurado, será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el periodo.

La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

Pago de Primas. La prima a cargo del contratante vence desde el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose para tal efecto, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado por el asegurado y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los treinta días de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el asegurado, la prima total del grupo, correspondiente a dicho periodo.

El pago de la prima deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente.

CONDICIONES GENERALES

Período de gracia. El Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe que se adeude de la prima anual, de la suma asegurada debida al beneficiario.

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente al término de dicho período en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

CLÁUSULAS GENERALES

Contrato de seguro. Es aquel mediante el cual la Compañía se obliga por medio de una prima a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía, la póliza, la solicitud de seguro, cuestionarios médicos, el registro de asegurados correspondiente, los consentimientos, los certificados individuales, las condiciones generales y los endosos adicionales que se agreguen forman parte y constituyen prueba de este Contrato.

Contenido de la póliza. “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan a el día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Contratación por medios electrónicos. La persona asegurada requisitar la solicitud para formar parte del Grupo asegurado, a través de los medios electrónicos que el Contratante le proporcione para el desarrollo de sus actividades laborales cotidianas.

La aseguradora podrá emplear los siguientes medios de identificación:

- Vía telefónica, el medio de identificación serán los datos personales del asegurado, número de Póliza asignado por la Compañía y medio de pago utilizado para el efecto.
- Internet, mediante número de Usuario y Password asignado por la Compañía.
- Cuenta de correo electrónico o mail que le proporcione el Contratante al asegurado.

El uso de los medios de identificación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y/o Asegurado y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

Modificaciones. Cualquier modificación a esta póliza se hará previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Vigencia del Contrato. El presente contrato entra en vigor desde la fecha establecida en el certificado correspondiente o desde el momento en que el contratante tuviere conocimiento que la compañía aceptado al Grupo asegurado.

Plazo del Seguro. El plazo del presente Contrato será anual con renovación automática, si en la carátula de la póliza o endoso no se establece otro plazo o si bien dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo alguna de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo.

Suma Asegurada. El pago de la suma asegurada se realizará en una sola exhibición, mismo que quedará establecido en el certificado correspondiente separando la suma asegurada correspondiente a la cobertura por fallecimiento y las de beneficios adicionales contratados y especificados en la póliza y en los certificados correspondientes.

La suma asegurada estará limitada en todos los casos a la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad (SAMI) establecida en la carátula de la póliza. De acuerdo con las políticas de suscripción de la compañía una vez presentados los requisitos de asegurabilidad, la compañía establecerá la suma asegurada de acuerdo con la regla estipulada en la carátula de la póliza.

En caso que los requisitos médicos no sean presentados o la compañía no acepte el riesgo, la suma asegurada tendrá como valor máximo el SAMI, especificado en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales correspondientes.

La Compañía no tendrá responsabilidad alguna en las sumas aseguradas superiores al SAMI (suma asegurada máxima), estipulado en el certificado individual, cuando el asegurado no presente los requisitos de asegurabilidad (Pruebas Médicas) correspondientes solicitadas por la Compañía.

Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Contratante.

Renovación (Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo). La Aseguradora podrá renovar los contratos del Seguro de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la

Comisión en las notas técnicas respectivas.

Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, 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 el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

Competencia. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Moneda. Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante a la Compañía, o de ésta a los beneficiarios designados en la presente póliza, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Edad. Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta póliza. La edad mínima para pertenecer a este plan es de 18 años y la edad máxima será de 99 años 11 meses para la cobertura de fallecimiento.

Para las coberturas adicionales, la edad mínima será 18 años y máxima será de 74 años 11 meses. Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:

- a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. En su caso las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado.
- c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta a la manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio del Asegurado ocurrido durante la vigencia de los dos primeros años en que éste haya ingresado a la póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado físico o mental del Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

PROCEDIMIENTO

Beneficiarios. El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, y a estos se le pagará la suma asegurada de acuerdo a la última designación realizada, a falta de dicha designación se pagará en primer término a su cónyuge o concubino (a), de no existir se pagará a su padre o madre, cualquier era de los dos que se presente primero ante la Compañía, de no existir cualquiera de los mencionados el importe del seguro se pagará a la Sucesión Legal del Asegurado.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo el certificado individual para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en el certificado individual, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, para lo cual habrán de remitirse éstos a fin de efectuar su anotación como parte integrante de la póliza.

Si habiendo varios beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.

Comprobación del Siniestro. La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Ingresos al Grupo Asegurado. (Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo). Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, 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 Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Baja de Asegurados (Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo). 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 Aseguradora 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.

Derecho a Seguro Individual (Artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo). En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad 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 Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

Cambio de Contratante (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo). Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la escisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Aseguradora 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 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades del seguro de Grupo y Colectivo.

Registro de Asegurados. (Artículo 13 del Reglamento del Seguro de Grupo). La Aseguradora formará un registro de asegurados en cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

La Comisión podrá autorizar mediante disposiciones de carácter general, que las Aseguradoras puedan utilizar de manera opcional datos que también les permitan integrar dicha información.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

Omisiones o Inexactas. Declaraciones. El Contratante y los Asegurados al formular las propuestas del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículo 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Obligación del Contratante de la póliza. El Contratante sólo podrá solicitar se asegure a todas aquellas personas que reúnan las características fijadas por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro o los certificados que no se apegaron a dicha política mediante aviso por escrito al Contratante.

Indemnización por mora. En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Art. 71 Ley sobre el Contrato de Seguro.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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.

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.

Terminación del seguro respecto a cada asegurado. 1. El Contratante podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Contratante dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviere de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática. Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.

- a) La muerte del asegurado
- b) A solicitud expresa del contratante y/o asegurado
- c) Por falta de pago de la prima
- d) Por solicitud de no renovación de la póliza correspondiente

Comisión o Compensación Directa. 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 comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito

o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

Pago del seguro. La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La Compañía pagará las indemnizaciones de por fallecimiento a los Beneficiarios designados previa la comprobación de la muerte del Asegurado.

Aviso. Cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de esta póliza, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización, salvo que mediará caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tanto cese uno u otro.

CLAUSULAS ADICIONALES APLICABLES AL BENEFICIO ADICIONAL “PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”

Vigencia. Este beneficio estará vigente hasta un día antes en que el deudor Asegurado cumpla la edad de 75 años. Este beneficio opera únicamente si en la carátula de la póliza se estableció la leyenda de BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Invalidez Total y Permanente. Para efectos de este contrato se considerará que existe invalidez cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, siempre y cuando dichos procedimientos no sean experimentales o que tarden en implementarse un periodo de tiempo mayor a dos años o que los mismos por su cuantía económica, no estén al alcance de la persona asegurada, y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

También se considerará Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, de las dos manos incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas) o de los dos pies incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas), o la pérdida conjunta de una mano completa y un pie, o una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no operará el período de espera.

Se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo) incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna) incluyendo la anquilosis de los mismos (ambos).

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos que son mínimo 18 años y máximo hasta un día antes en que el deudor asegurado cumpla 75 años. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

La naturaleza del beneficio de invalidez total y permanente, consistirá en proteger los ingresos que normalmente y por producto de su trabajo percibe el Asegurado, en caso de que estos se reduzcan o dejen de percibirse. Por lo anterior este beneficio no opera si el Asegurado no tiene un decremento en sus ingresos o deja de percibirlos.

El Asegurado deberá acreditar ante la Compañía su estado de invalidez.

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificado y autorizado para ejercer la profesión, así como todos los exámenes, análisis, estudios y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

Beneficio. La Compañía conviene en pagar al beneficiario la suma asegurada pactada, cuando el Asegurado haya quedado invalidado total y permanentemente en los términos de la presente póliza., después de transcurrir el período de espera de seis meses, contados a partir de que haya quedado comprobado su estado de invalidez.

Cuando la invalidez sea a consecuencia de cualquiera de las pérdidas orgánicas mencionadas anteriormente, el pago de la suma asegurada contratada será de inmediato. La Compañía podrá pagar la suma asegurada contratada en un plazo menor a 3

meses, si de los elementos aportados se determina que el estado de invalidez total y permanente del asegurado es irreversible.

Beneficio de Seguro de Vida Vitalicio sin costo (sujeto a contratación). Así mismo y solo en caso de que sea contratado, se otorga al Asegurado que quede invalidado Total y Permanentemente como beneficio adicional en esta cobertura un seguro vitalicio sin costo (BEP), siempre y cuando el certificado correspondiente se encuentre en vigor. Este beneficio esta sujeto a contratación el cual se reflejará en el certificado respectivo, en caso de que el mismo no aparezca reflejado en dicho certificado, significa que no fue contratado y por lo tanto no existe responsabilidad alguna para la Compañía.

El monto de la suma asegurada otorgada bajo este beneficio será igual al que tenía en la cobertura por fallecimiento contratada y cancelada con el pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente, misma que deberá de tener efectos a partir del pago de la suma asegurada de Invalidez Total y Permanente. El seguro que otorga esta cobertura no incluye beneficios adicionales.

Pruebas. Para que la Compañía conceda el beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en el certificado.

Suma Asegurada. El pago de la suma asegurada se realizará en una sola exhibición, mismo que quedará establecido en el certificado correspondiente separando la suma asegurada correspondiente a la cobertura por fallecimiento y las de beneficios adicionales contratados y especificados en la póliza y en los certificados correspondientes.

La suma asegurada estará limitada a la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad (SAMI). En caso que los requisitos (pruebas médicas) sean presentados y aceptados por la Compañía, la suma asegurada será la especificada en la carátula de la póliza.

En caso que los requisitos médicos no sean presentados o la compañía no acepte el riesgo, la suma asegurada tendrá como valor máximo el SAMI, especificado en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales correspondientes.

La Compañía no tendrá responsabilidad alguna en las sumas aseguradas superiores al SAMI (suma asegurada máxima), estipulado en el certificado individual, cuando el asegurado no presente los requisitos de asegurabilidad (Pruebas Médicas) correspondientes solicitadas por la Compañía.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO ADICIONAL: “PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”

Este beneficio no se concederá, cuando por lo participación directa de la persona asegurada, la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Deudor Asegurado.
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos cometidos por el propio Deudor Asegurado.
- d) Accidentes que ocurran mientras el Deudor Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de Compañía comercial autorizada, en viaje de itinerario regular.
- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Deudor Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- h) Estados de Invalidez Preexistentes

Se entenderá por estados de invalidez preexistentes a aquellos originados con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza, cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos antes de la fecha de alta del Asegurado en la póliza y en los que se haya realizado un diagnóstico previo al inicio de la cobertura.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de un padecimiento que provoque el estado de invalidez y que se detecta objetivamente mediante exploración médica.

Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela la naturaleza del padecimiento que provoque el estado de invalidez.

El criterio que se seguirá para considerar el estado de invalidez, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

i) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.

j) Accidentes o Lesiones que sufra el Deudor Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol, que de acuerdo a la Ley General de Salud se considera cuando la persona tiene el 0.10% de alcohol en la sangre o más, o bajo la influencia de enervantes o drogas que no hayan sido prescritas por un médico, siempre que estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo.

CLAUSULAS APLICABLES AL BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE

Beneficio. Durante la vigencia de la póliza, los miembros del Grupo Asegurado, a quienes se les otorgue, gozarán de los beneficios adicionales de indemnización en caso de accidente, de conformidad con las siguientes bases.

Los beneficios adicionales de indemnización cubren la muerte accidental, las pérdidas orgánicas o muerte accidental en lugares públicos, de los cuales se podrá contratar solamente uno de ellos, por lo que la contratación de uno de ellos se excluye automáticamente a los demás. En caso de que se encuentre contemplado en el certificado individual más de un beneficio adicional y por el cual o los cuales se haya pagado prima, la Compañía se obliga a devolver la parte de la prima que no se devengo.

Definición de Accidente. Para los efectos de estos beneficios se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (D.I)

Descripción. La compañía pagará al (a los) beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada contratada para este beneficio adicionalmente a la suma asegurada cubierta por el certificado, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado fallece.

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS O MUERTE ACCIDENTAL (DIPO)

Descripción. La compañía pagará la proporción que corresponda de acuerdo a la Tabla de Indemnización por Pérdidas Orgánicas que se detalla más adelante, si la pérdida orgánica, se debe exclusivamente a lesiones provocadas por un accidente, siempre y cuando dicha pérdida ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

Si en dicho accidente ocurre la muerte de la persona asegurada adicionalmente a la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, se pagará la suma asegurada contratada en este beneficio.

La indemnización básica por este beneficio será igual al importe del seguro que cubre el certificado en esta cobertura contratada.

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

Cada evento en el que se registre Pérdidas Orgánicas del Asegurado se irán restando de la suma asegurada contratada para este beneficio y si posteriormente el asegurado fallece por muerte accidental los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza se restarán a la indemnización que corresponda por la muerte accidental. La diferencia si existe se entregará a los beneficiarios.

Se entenderá por:

- Pérdida de una mano: La separación completa o anquilosis nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (hacia el codo).
- Pérdida de un pie: La separación completa o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la rodilla).
- Pérdida de los dedos: La separación o anquilosis de cuando menos dos falanges completas en cada dedo.
- Pérdida de la vista: La pérdida completa, irreparable y definitiva de la visión.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

A. Por la pérdida de ambas mano, de ambos pies, la vista en los dos ojos, se pagará una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.

B. Por la pérdida de una mano y un pie, se pagará una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.

C. Por la pérdida de una mano y la vista de un ojo, o de un pie y la vista de un ojo, se pagará una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.

D. Por la pérdida de una mano o un pie, se pagará una cantidad igual al 50% de la indemnización básica.

- E. Por la pérdida de la vista de un ojo, se pagará una cantidad igual al 33% de la indemnización básica.
- F. Por la pérdida de un dedo pulgar, se pagará una cantidad igual al 25% de la indemnización básica.
- G. Por la pérdida de un dedo índice, se pagará una cantidad igual al 10% de la indemnización básica.
- H. Por la pérdida de un dedo medio, anular o meñique, se pagará una cantidad igual al 5% de la indemnización básica.

El pago relativo a cualquiera de las indemnizaciones mencionadas en los incisos anteriores se hará al propio Asegurado

CLAUSULAS ADICIONALES APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS

Pruebas. Las indemnizaciones establecidas en estos beneficios se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de que las lesiones que causaron la muerte del Asegurado o alguna pérdida orgánica, ocurrieron durante la vigencia del certificado del seguro al que se adicionan estos beneficios, para que el caso de invalidez pueda conceder dicho certificado.

Cancelación Automática. La vigencia de estos beneficios terminará automáticamente para el Asegurado sin necesidad de la declaración expresa por parte de la Compañía al final del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 64 años o en el caso de que proceda el pago de alguno de los beneficios adicionales por Invalidez Total y Permanente.

Prima. Estos beneficios están sujetos a la contratación por parte del asegurado y la Compañía concede los mismos mediante la obligación del pago de una prima adicional dependiendo del beneficio elegido.

EXCLUSIONES PARA TODOS LOS BENEFICIOS

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte del asegurado se deba a:

- a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
- d) Lesiones sufridas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizado, en un viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
- f) Accidentes que ocurran durante la participación en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional y amateur.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
- i) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental
- j) Padecimientos mentales o corporales.
- k) Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.
- l) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que se produjeron a causa de un accidente.
- m) Radiaciones atómicas.
- n) Lesiones sufridas bajo los efectos de algún enervante, estimulante, o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
- o) Envenenamiento, excepto accidental.

EXCLUSION QUE APLICA A TODO EL PRODUCTO

Si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar

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 25 de mayo de 2015, con el número CNSF-S0050-0124-2015.

CLÁUSULA GENERAL.

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar. En caso que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se esta rehabilitando. Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

Exclusión

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

Las demás cláusulas del producto no sufren modificación alguna por lo que continúan con la misma fuerza y obligatoriedad legal.

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 05 de octubre de 2010, con el número CGEN-S0050-0170-2010/G00406001.

CLÁUSULA DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA.

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 comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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 16 de Diciembre de 2005, con el número CGEN-S0050-0177-2005/G00411001.

CLÁUSULA DE PERIODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 75 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro del periodo de gracia mencionado, a la fecha de su vencimiento los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de ocurrir un siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe que se adeude de la prima anual, al importe de la suma asegurada que en caso se pague al beneficiario.

Cualquier disposición de las condiciones generales de la póliza que se contraponga al término establecido en la presente cláusula, queda sin efectos y prevalece lo establecido en la presente cláusula.

Los demás términos y condiciones generales de la póliza quedan vigentes y no sufren cambio alguno, por lo que subsisten con la misma fuerza y obligatoriedad legal que los mismos contienen.

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 05 de Noviembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0228-2013/G00415001.

CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN.

La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguros.
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto.
- 3.- A través de Fax, correo electrónico.

La compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el asegurado o contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 01 (55) 1226 8100 o al 01 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 01 (55) 1226 8100 o al 01 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza, no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

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 20 de junio de 2016 con el número CGEN-S0050-0095-2016/G00443001.

CLÁUSULA DE REFERENCIA DF A CDMX.

En los productos concernientes donde en la Documentación Contractual se haga referencia al Distrito Federal (DF) se deberá entender como hecha a la Ciudad de México (CDMX).

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0050-0193-2016/G00434001.

CLÁUSULA GENERAL DE RENOVACIÓN

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas indicadas en la carátula de la póliza, al vencimiento de la misma la Compañía renovará automáticamente por otro periodo de igual duración, bajo los mismos términos, límites y condiciones en que fue contratado. La renovación automática se entenderá tácitamente aceptada si alguna de las partes no se opone a ella en forma expresa por escrito dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que inicie el nuevo periodo de vigencia.

Los demás términos y condiciones generales de la póliza quedan vigentes y no sufren cambio alguno, por lo que subsisten con la misma fuerza y obligatoriedad legal que los mismos contienen.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de septiembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0173-2013/G00853001.

CLÁUSULA MEDIOS DE CONTRATACIÓN

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos o medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que la Aseguradora ponga a disposición del asegurado.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a. Teléfono
- b. Correo
- c. Internet
- d. Fax
- e. Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

Los terminos y condiciones para el uso de los medios electrónicos y de identificación en sustitución de la firma autógrafa podrán ser consultados en www.segurosbanamex.com.mx

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de junio de 2017, con el número RESP-S0050-0044-2017/G00850001.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0124-2015/CONDUSEF-000830-02.

• Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:

<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100 <http://www.gob.mx/condusef>
Tels. (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080 - asesoria@condusef.gob.mx

UNE Seguros Banamex: Venustiano Carranza No. 63 Col. Centro. Del. Cuauhtémoc. C.P. 06000 México, D.F.
Tels: 5062 6723 o 01 55 5062 6723 - sbaunecond@banamex.com