

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo

Gerencia Técnica de Personas
Junio 2016.

ÍNDICE

AVISO DE PRIVACIDAD.....	4
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GRUPO DE VIDA.....	5
1.- CONTRATO.....	5
2.- VIGENCIA DEL CONTRATO.....	5
3.- REGISTRO DE ASEGURADOS.....	5
4.- CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....	5
5.- MODIFICACIONES.....	5
6.- CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	6
7.- MONEDA.....	6
8.- SUMA ASEGURADA.....	6
9.- PRIMA.....	6
10.- PERÍODO DE ESPERA PARA EL PAGO DE PRIMAS.....	7
11.- CAMBIO DE CONTRATANTE.....	7
12.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	7
13.- INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.....	8
14.- BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO.....	8
15.- REHABILITACION.....	9
16.- DERECHO DE SEGURO INDIVIDUAL.....	9
17.- RENOVACION.....	9
18.- EDAD.....	10
19.- DISPUTABILIDAD.....	10
20.- SUICIDIO.....	11
21.- BENEFICIARIOS.....	11

22.- LIQUIDACIÓN.....	12
23.- COMPETENCIA.....	12
24.- COMUNICACIONES.....	12
25.- PRESCRIPCIÓN.....	13
26.- INTERES MORATORIO.....	13
27.- INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES.....	13
28.- RÉGIMEN FISCAL.....	13
29.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.....	14
30.- TRANSCRIPCIÓN DE LOS ART. 17 A 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.....	14
CLÁUSULA OFAC.....	17
CONDICIONES DE COBERTURAS ADICIONALES.....	18
COBERTURA DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.....	19
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DI1.....	20
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS DI2.....	22
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDA DE MIEMBROS COLECTIVA DI3.....	26
COBERTURA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BIPA.....	30
COBERTURA DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BIT.....	33
COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR.....	36
COBERTURA ADICIONAL CONYUGAL BECO.....	37
ENDOSO SISTEMA AUTOADMINISTRADO.....	38
PRINCIPALES CLAUSULAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO (Parte posterior certificado).....	40

AVISO DE PRIVACIDAD

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GRUPO DE VIDA

1.- CONTRATO.

Forman parte de este contrato la solicitud de seguro, esta póliza, los endosos que lleven anexos, los consentimientos, los certificados individuales y el registro de asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y Seguros Atlas, S.A en adelante “La Compañía”.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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, (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro) este derecho se hace extensivo al Contratante.

2.- VIGENCIA DEL CONTRATO.

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza. Los certificados individuales regirán para los miembros del grupo asegurado desde la fecha de vigencia de este contrato, como se estipula en la cláusula 13.- INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.

3.- REGISTRO DE ASEGURADOS.

La Compañía entregará al Contratante el registro de asegurados, y anotará las altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante una relación que formará parte integrante del propio registro.

4.- CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La compañía expedirá y entregará al contratante, certificados individuales los cuales contendrán nombre, teléfono, domicilio de la aseguradora, firma del funcionario autorizado de la aseguradora, operación de seguro, número de la póliza y del certificado, nombre del contratante, nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado, fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio, nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable de la designación y la transcripción de las cláusulas principales de esta póliza.

5.- MODIFICACIONES.

Las condiciones Generales de la Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

6.- CARENIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no está sujeto, a restricción alguna en cuanto a residencia, viajes u ocupación de los asegurados.

7.- MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del contratante y/o asegurado a la Compañía, o de está al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

8.- SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada será la que resulte de aplicar la regla definida por el contratante; misma que se registrará tanto en la póliza, como en certificado individual de seguro de vida.

9.- PRIMA.

La prima total del grupo es la suma de las primas correspondientes a cada cobertura contratada por los miembros del grupo asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada más los gastos de expedición de la póliza.

En caso de tratarse de una póliza autoadministrada 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 resulta de dividir la prima total entre la suma asegura 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 aplicara la cuota promedio a la suma asegurada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro.

Cuando se trate de pólizas no autoadministradas el alta o la baja de asegurados, o el aumento o disminución de beneficios; la Compañía cobrará o devolverá al contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro.

El contratante, puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que las partes hayan pactado, señalada en la carátula de la póliza. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.

Las primas convenidas en esta póliza, son a cargo del contratante y se pagarán en las oficinas de la Compañía, salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del Recibo de Pago correspondiente. El estado de cuenta en el que aparezca el comprobante del cargo hará las veces de comprobante.

10.- PERÍODO DE ESPERA PARA EL PAGO DE PRIMAS.

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

Si dentro del plazo de espera convenido ocurre la muerte del asegurado, la compañía pagará la suma asegurada convenida, después de contar con las pruebas del fallecimiento, descontando cualquier adeudo que el contratante tuviere con la compañía.

11.- CAMBIO DE CONTRATANTE.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

Cuando haya cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio; sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, 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.

12.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

Serán obligaciones del Contratante:

- a) Se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que al momento de la expedición de esta póliza reúna las características necesarias para formar parte del grupo asegurado definido en esta póliza.
- b) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al grupo en un plazo máximo de treinta días, remitiendo los consentimientos respectivos.
- c) Comunicar en un plazo máximo de treinta días, las separaciones definitivas de la Grupo Asegurado.
- d) Dar aviso dentro del término de treinta días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

- e) Previo convenio con el contratante este se obliga a recibir los certificados para su entrega a los asegurados.
- f) Recabar todos los consentimientos individuales totalmente requisitados y devolverlos a la compañía.
- g) Cuando exista contribución por parte del asegurado para el pago de la prima y el único pagador sea el contratante, éste último será el responsable de recibir y devolver al asegurado la proporción de la prima con la que contribuyó al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la presente póliza.
- h) En todo momento la Compañía tendrá libre acceso a toda la información correspondiente a la administración de la póliza.

13.- INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.

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.

14.- BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO.

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.

Para efectos de los movimientos de bajas de los asegurados, donde se tenga derecho a la devolución de prima neta, se entenderá por esta a la prima de tarifa previa disminución del costo de adquisición correspondiente

No se consideran separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

Cuando el miembro de la Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo Asegurado, a la Compañía.

15.- REHABILITACION.

No obstante lo establecido en la cláusula de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de su póliza después del periodo de gracia convenido, a que se refiere dicha cláusula.

La Compañía podrá rehabilitar esta póliza siempre y cuando se cumplan tanto los requisitos de asegurabilidad como sus políticas de aceptación y rehabilitación. Una vez que la Compañía acepte el riesgo rehabilitará esta póliza y/o endoso(s), y fijará la prima que corresponda o la parcialidad de ella si se pactó su pago fraccionado.

16.- DERECHO DE SEGURO INDIVIDUAL.

En los Seguros de Grupo 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 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 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.

17.- RENOVACION.

Al terminar el período de vigencia de este contrato, podrá ser renovado, siempre y cuando alguna de las partes no manifieste lo contrario, con una anticipación de treinta días a la fecha de vencimiento. En cada aniversario de la póliza podrá renovarse siempre que se reúnan los requisitos de las presentes condiciones generales en la fecha de vencimiento del contrato y en las mismas condiciones en que fueron contratadas. En cada renovación se aplicaran las primas de tarifa

obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional del Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

18.- EDAD.

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 12 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 100 años.

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

I. - Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. - 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 repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. - 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 reembolsar 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 posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la 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 la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la prima neta no devengada del contrato en la fecha de su rescisión.

19.- DISPUTABILIDAD.

Este Contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior; se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

20.- SUICIDIO.

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la prima no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que hará la Compañía por concepto del seguro del expresado miembro.

21.- BENEFICIARIOS.

Los asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar los beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Compañía pague al último beneficiario que tenga conocimiento, la Compañía quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado.

Los asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que no exista restricción legal en contrario y que lo notifiquen por escrito a los beneficiarios y a la Compañía y que conste en los certificados individuales, para lo cual habrá de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios, ni figurar con este carácter; salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

También para la designación de beneficiarios se observara, en su caso, lo previsto en el Art. 12 del reglamento del seguro de grupo en sus fracciones dos y tres el cual se transcribe a continuación:

Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato de seguro sea:

II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o

III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

22.- LIQUIDACIÓN.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que corresponda.

Además de las formas de declaración que la Compañía proporcione al reclamante, la Compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor, si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado. En uno y en otro caso, deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que operó el cambio.

23.- COMPETENCIA.

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a nuestra Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa México D.F., con un horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 horas así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-999 o 01800-849-3916 y correo electrónico rlbastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. Del valle Delegación Benito Juárez o consulte www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-oficinas-de-atencion; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-09999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

24.- COMUNICACIONES.

Todas las comunicaciones, solicitudes o avisos que el contratante necesite hacer a la compañía, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en la Ciudad de México, D.F. o en sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la compañía excepto que ésta se lo indicare al contratante. Las comunicaciones de la

compañía para el contratante se harán en igual forma en el último domicilio del contratante que fuere conocido por la compañía.

25.- PRESCRIPCION.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

26.- INTERES MORATORIO.

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita 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 un interés por mora de acuerdo con lo señalado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

27.- INTERMEDIACIÓN O REVELACIÓN DE COMISIONES.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 Compañía 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.

28.- RÉGIMEN FISCAL.

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de indemnizaciones o beneficios derivados de este contrato.

29.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

El Contratante podrá terminar de forma anticipada este contrato, previo aviso por escrito a Seguros Atlas, en donde se indique la fecha de terminación del Contrato, la cual no podrá ser menor a la fecha de aviso.

Seguros Atlas reembolsará al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima neta pagada el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso del que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

Si posterior a la fecha de terminación del Contrato, se reporta un siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la póliza terminada, se tendrá que realizar nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será; la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El reembolso al Contratante se pagará a más tardar en treinta días hábiles contados a partir de la fecha de terminación del Contrato.

30.- TRANSCRIPCIÓN DE LOS ART. 17 A 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad 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 o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad 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.

Artículo 19.- 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.

Artículo 20.- 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 rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, 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 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo 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 presente Reglamento 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.

CLÁUSULA OFAC

Será causa de baja definitiva del Grupo, sin responsabilidad para Seguros Atlas, y exclusivamente respecto del Asegurado Titular que se encuentre en el siguiente supuesto: Que el Asegurado Titular 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 Titular obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado Titular y/o el Contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, Seguros Atlas dará de alta al Asegurado Titular, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado Titular al descubierto, debiendo el Asegurado Titular y/o el Contratante cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

La diferencia en prima que resulte se aplicará en el ajuste de fin de vigencia del Contrato.

EXCLUSIÓN OFAC.

Quedan excluidas las coberturas amparadas en el presente Contrato:

Si el Asegurado Titular y/o Contratante fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, 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 en mencionado en las Listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

CONDICIONES DE COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales que a continuación se especifican operan solamente si se encuentran mencionados en la carátula de la póliza.

Si existen contradicciones específicas entre las condiciones de las coberturas adicionales y las condiciones de la póliza, prevalecerán las especificadas en las coberturas adicionales.

COBERTURA DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Mediante este endoso la Compañía, se obliga salvo restricción legal en contrario, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que la póliza y el certificado individual se encuentren en vigor y hubieren transcurrido más de un año desde su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada al beneficiario designado al efecto, con la sola presentación del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por ésta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

El importe que por este concepto pague la Compañía, será igual al 30% de la suma asegurada nominal de la póliza con un máximo de 1,500 días de salario mínimo diario general vigente en el D.F.

Para este límite se consideran todas las pólizas expedidas por la Compañía a favor del Asegurado y que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que los beneficiarios tengan derecho, según las condiciones estipuladas en la póliza y el certificado individual del cual forma parte esta cláusula adicional.

COBERTURA DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL DI1

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte en la persona del asegurado siempre y cuando ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 64 como máximo con renovación hasta 70 años.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la Suma Asegurada contratada por Muerte en la póliza de la que forma parte.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

EXCLUSIONES

- A. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
- B. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.
- C. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.
- D. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO E. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.
- E. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.
- F. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- G. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.

- H. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.
- I. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.
- J. RADIACIONES IONIZANTES.
- K. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
- L. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.
- M. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.
- N. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
- O. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.

SINIESTROS

El pago de indemnizaciones por muerte se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza.

Al tramitarse la reclamación, los beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del asegurado ocurrió estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cobertura.

CANCELACIÓN

El contratante en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Estas coberturas se cancelará automáticamente para cada asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años.

COBERTURA DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS D12

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del asegurado siempre y cuando ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 70 años.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la Suma Asegurada contratada por Muerte en la póliza de la que forma parte.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la escala elegida ("Escala A" o "Escala B") conforme a lo indicado en la tabla de indemnización correspondiente. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

TABLA DE INDEMNIZACIONES "ESCALA A"

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%

TABLA DE INDEMNIZACIONES “ESCALA B”

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de la mano	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de la mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de la mano	25%
Sordera completa de ambos oídos	20%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE O PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SE DEBA A:

- A. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- B. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.**
- C. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- D. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO E. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**

- E. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.**
- F. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- G. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.**
- H. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- I. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- J. RADIACIONES IONIZANTES.**
- K. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- L. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.**
- M. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- N. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
- O. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**

SINIESTROS

El pago de indemnizaciones por muerte se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza.

Al tramitarse la reclamación, los beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del asegurado ocurrió estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cobertura.

El pago de las indemnizaciones por pérdida de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con el beneficio de pérdida de miembros, la Compañía tendrá derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico que ésta designe.

El Asegurado o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que las lesiones o la muerte del Asegurado fueron sufridas estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cláusula.

CANCELACIÓN

El contratante en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Estas coberturas se cancelará automáticamente para cada asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años.

DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDA DE MIEMBROS COLECTIVA DI3

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta 70 años.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para esta cobertura no podrá ser mayor, en ningún caso, a la Suma Asegurada contratada por Muerte en la póliza de la que forma parte.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona del asegurado siempre y cuando ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en esta cláusula, en caso de que el asegurado sufra un accidente durante la vigencia de la póliza, mismo que le causa la muerte.

La Compañía pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la escala elegida ("Escala A" o "Escala B") conforme a lo indicado en la tabla de indemnización correspondiente. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

TABLA DE INDEMNIZACIONES "ESCALA A"

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%

TABLA DE INDEMNIZACIONES “ESCALA B”

INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de la mano	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de la mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de la mano	25%
Sordera completa de ambos oídos	20%

Se entenderá por pérdida de una mano su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

DOBLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE COLECTIVO

La indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en las Tablas de Indemnizaciones que antecede, solo se duplicará si el accidente que les dio origen ocurre:

- a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público, que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida normalmente para ruta de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Mientras se encuentre en un ascensor que opere para servicio público, con excepción de los que operan en minas, siempre y cuando no esté prestando servicios de ascensorista.
- c) A causa de un incendio o conato de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en que se encuentre el asegurado al momento de iniciar dicho incendio.

Si el accidente que dio origen a la reclamación no es de los indicados anteriormente la indemnización se pagará sobre la suma asegurada contratada para esta cobertura.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE O PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SE DEBA A:

- A. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- B. INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO.**
- C. ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- D. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO E. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- E. LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR.**
- F. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- G. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA.**
- H. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE, FÚTBOL AMERICANO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- I. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- J. RADIACIONES IONIZANTES.**

- K. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- L. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DE L SINIESTRO.**
- M. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO.**
- N. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
- O. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**

SINIESTROS

El pago de indemnizaciones por muerte se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza.

Al tramitarse la reclamación, los beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que la muerte del asegurado ocurrió estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cobertura.

El pago de las indemnizaciones por pérdida de miembros se hará al propio Asegurado.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con el beneficio de pérdida de miembros, la Compañía tendrá derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico que ésta designe.

El Asegurado o sus beneficiarios deberán presentar a la Compañía, las pruebas necesarias para comprobar que las lesiones o la muerte del Asegurado fueron sufridas estando la póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en la presente cláusula.

CANCELACIÓN

El contratante en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Estas coberturas se cancelará automáticamente para cada asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del asegurado sea de 70 años.

COBERTURA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BIPA

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 59 como máximo con renovación hasta 64 años.

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado sufriera invalidez total y permanente, la compañía pagará al asegurado, en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para este beneficio inmediatamente después de transcurrir el período de espera.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de esta cobertura se considerará que existe invalidez total y permanente cuando el asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración 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 total y permanente se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

PRUEBAS

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismo que serán evaluados por un médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la Compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

EXCLUSIONES

ESTA COBERTURA NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

A. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.

- B. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
- C. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- D. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
- E. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**
- F. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR PARTICIPAR EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- G. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.**
- H. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- I. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD, O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN, MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.**
- J. RADIACIONES ATÓMICAS.**
- K. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
- L. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
- M. CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- N. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- O. CUANDO EL ASEGURADO SE TRANSPORTE EN MOTOCICLETA COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE.**

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, a no ser de que esté disfrutando del beneficio, entonces se cancelará al término del plazo de cobertura de seguro por muerte.

COBERTURA DE EXENCION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BIT

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 59 como máximo con renovación hasta 64 años.

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado sufriera invalidez total y permanente, la Compañía otorgará la cobertura de un seguro de vida vitalicio sin más pago de primas, de acuerdo con las condiciones señaladas a continuación y a partir de decretado el estado la invalidez total y permanente.

DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de esta cobertura se considerará que existe invalidez total y permanente cuando el asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración 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 total y permanente se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

PRUEBAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente, mismo que serán evaluados por un médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la Compañía y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

EXCLUSIONES

ESTA COBERTURA NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

- A. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- B. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
- C. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- D. LESIONES INTENCIONALES PRODUCIDAS EN RIÑA SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR.**
- E. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UNA AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**
- F. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR PARTICIPAR EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- G. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.**
- H. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, FÚTBOL AMERICANO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
- I. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTAS, QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD, O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN, MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.**
- J. RADIACIONES ATÓMICAS.**
- K. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE LE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
- L. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**
- M. CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- N. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA E INHALACIÓN DE GASES DE CUALQUIER CLASE, EXCEPTO CUANDO SE DERIVEN DE UN ACCIDENTE.**
- O. CUANDO EL ASEGURADO SE TRANSPORTE EN MOTOCICLETA COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE.**

CANCELACIÓN

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, a no ser de que esté disfrutando del beneficio, entonces se cancelará al término del plazo de cobertura de seguro por muerte.

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

Seguros Atlas pagará la suma asegurada contratada para este beneficio, estipulada en el Certificado y/o Consentimiento-Certificado, si estando en vigor la Póliza y Certificado alguno de los miembros de la Familia asegurada o el mismo Asegurado Titular, fallecen dentro de la vigencia del seguro.

Para efectos del otorgamiento del presente beneficio se podrá considerar como Familiares a los siguientes miembros:

- Cónyuge o Concubina(rio)
- Hijos
- Padres del titular

Al ocurrir el fallecimiento de algún miembro de la Familia se indemnizará al Asegurado Titular y en caso de que fallezca el Asegurado Titular, se indemnizará a quien corresponda según lo indicado en el Certificado o Consentimiento-Certificado, por la suma asegurada indicada para este fin. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder de 50 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal.

EDAD

Para la cobertura de gastos funerarios, las edades de aceptación serán:

	Edad mínima	Edad máxima
Asegurado	15 años	99 años
Cónyuge	15 años	70 años
Hijos	1 día	24 años
Padres del Asegurado	-	80 años

CANCELACIÓN

La cobertura de gastos funerarios se cancelara en los siguientes casos:

1. Si al ser renovada la póliza, la edad de cumplida del Asegurado Titular es de 91 años.
2. Asegurados Dependientes; a la renovación de la póliza en que la edad cumplida de los hijos asegurados sea mayor a 24 años, el conyugue o concubina(o) asegurada(o) se mayor de 70 años, o en el caso de los padres del asegurado titular sea mayor de 80 años.
3. Si el Asegurado Titular está haciendo uso de alguno de los beneficios de Invalidez Total y Permanente o Accidente; al momento de pagar la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente o Accidente, se devolverá la prima neta no devengada del beneficio que no está siendo indemnizado.

COBERTURA ADICIONAL CONYUGAL BECO

Si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro, estando el Certificado en vigor, Seguros Atlas otorgará un seguro de vida temporal al Cónyuge o Concubina(rio) sin más pago de Primas, por la misma suma asegurada que tenía el Asegurado Titular al momento del fallecimiento; estando el Cónyuge o Concubina(rio) asegurado en virtud de elegir a sus propios beneficiarios.

Para efectos de esta cobertura, si el fallecimiento del Asegurado Titular y su Cónyuge o Concubina(rio) ocurriera de forma simultánea, se considerará que el Cónyuge o Concubina(rio) murió después que el Asegurado Titular, por lo que Seguros Atlas pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento individual y Certificado individual Consentimiento, la suma asegurada adicional que corresponde a esta cobertura.

Esta cobertura dejará de estar en vigor en los siguientes casos:

- a) En el aniversario de la Póliza en la que el Cónyuge o Concubina(rio) sea mayor de 65 años de edad cumplida.
- b) En el aniversario de la Póliza en que la edad Asegurado sea mayor de 65 años de edad cumplida.
- c) A partir del momento en que ocurra el fallecimiento del Cónyuge o Concubina(rio), estando aún con vida el Asegurado.
- d) Si estando en vigor esta cobertura ocurre el fallecimiento del Asegurado Titular, por suicidio dentro de los primeros dos años de la fecha de emisión o rehabilitación, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio y el estado mental o físico del Asegurado Titular, Seguros Atlas reembolsará la parte no devengada de la última Prima pagada respecto al miembro del Grupo al cual corresponda el Certificado Individual.

ENDOSO SISTEMA AUTOADMINISTRADO

Mediante este endoso se establece que el importe de los movimientos de altas y bajas se cobrarán o devolverán, en su caso al final de la vigencia, siendo obligación del Contratante el pago de cualquier importe a su cargo aún sin la renovación de la póliza.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del Contratante:

- a) Se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que al momento de la expedición de esta póliza reúna las características necesarias para formar parte del grupo asegurado definido en esta póliza.
- b) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al grupo en un plazo máximo de treinta días, remitiendo los consentimientos respectivos.
- c) Comunicar en un plazo máximo de treinta días, las separaciones definitivas del Grupo Asegurado.
- d) Dar aviso dentro del término de treinta días, de cualquier cambio que se operé en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.
- e) Previo convenio con el Contratante este se obliga a recibir los certificados para su entrega a los asegurados.
- f) Recabar todos los consentimientos individuales totalmente requisitados y devolverlos a la Compañía.
- g) Cuando exista contribución por parte del asegurado para el pago de la prima y el único pagador sea el contratante, éste último será el responsable de recibir y devolver al asegurado la proporción de la prima con la que contribuyó al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la presente póliza.
- h) En todo momento la Compañía tendrá libre acceso a toda la información correspondiente a la administración de la póliza.

Para que tenga validez este endoso deberá cumplirse:

1. Que se encuentre asegurado el 100% del personal elegible.
2. Que esta póliza cubra al menos 100 participantes.

Asimismo deberá proporcionar a la Compañía, por separado los datos del **personal eventual y por honorarios**, ya que dichas personas no quedarán aseguradas bajo las condiciones que se establecen en este convenio de manera automática.

Se darán reportes de movimientos de altas y bajas durante el año póliza, comprometiéndose la Compañía a proteger a los nuevos asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondiente, hasta por la suma asegurada máxima individual (S.A.M.I.) sin requisitos de asegurabilidad.

Para aquellos asegurados que rebasen la S.A.M.I., adicionalmente se deberán presentar los requisitos de asegurabilidad vigentes que para tal efecto determine la Compañía.

Las primas respectivas se cobrarán de acuerdo a lo siguiente:

AJUSTE FINAL DEL PRIMAS.

Los ajustes de primas por movimientos de altas, bajas y aumentos de suma asegurada, individual o generales, se obtendrán aplicando el siguiente procedimiento:

1. Al final del año póliza se calculará la diferencia de primas de acuerdo a las tarifas vigentes registradas en la nota técnica respectiva y a prorrata por el periodo de cobertura correspondiente a cada integrante que cause alta o baja del grupo asegurado, siendo el contratante el responsable de realizar el pago.
2. Los ajustes de primas por motivos de cambio de reglas para determinar la suma asegurada, se deberán cobrar en el momento en que dichos cambios ocurran, en caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas, quedarán sin efecto y cancelado el endoso de cambio de regla.

Los ajustes por movimientos de incrementos salariales que rebasen la S.A.M.I. se cobran en el momento en que eso ocurra. En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas, quedarán sin efecto y cancelado el endoso de incremento salarial.

PRINCIPALES CLAUSULAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO (Parte posterior certificado)

PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO.

La Prima vence a la fecha de celebración del Contrato y la forma de pago es anual, salvo convenio en contrario, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, los cuales no podrán ser inferiores a un mes. En este caso se aplicara la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y Seguros Atlas, en el momento de la celebración del Contrato. Si el Contratante opta por cubrir la Prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda. Cuando el conducto de pago sea un cargo a tarjeta de crédito o debito, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el cargo realizando hará prueba plena del pago, el comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del Contrato.

Las Primas convenidas deberán ser pagadas por el Contratante en el lugar establecido en el Contrato, a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice Seguros Atlas, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de Seguros Atlas, contra entrega de recibo correspondiente.

Si no hubiese sido pagada la Prima o cada una de sus fracciones, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En caso de siniestro indemnizable o del fallecimiento del Asegurado, Seguros Atlas deducirá de la indemnización o de la suma asegurada debida, según se trate, el total de la Prima pendiente de pago o las fracciones de estas no liquidadas.

CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no está sujeto, a restricción alguna en cuanto a residencia, viajes u ocupación de los Asegurados.

BENEFICIARIOS.

Los Asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar los Beneficiarios, notificando por escrito a Seguros Atlas la designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y Seguros Atlas pague al último Beneficiario que tenga conocimiento, Seguros Atlas quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado. Los Asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los Beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que no exista restricción legal en contrario y que lo notifiquen por escrito a los Beneficiarios y a Seguro Atlas y que conste en los Certificados Individuales, para lo cual habrá de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter; salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

También para la designación de beneficiarios se observara, en su caso, lo previsto en el Art. 12 del reglamento del Seguro de Grupo en sus fracciones dos y tres el cual se transcribe a continuación:

Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato de seguro sea:

II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o

III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

SUICIDIO.

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia del Contrato y del respectivo certificado individual de seguro cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, Seguros Atlas solamente devolverá la prima no devengada de la última prima pagada respecto del miembro de la Grupo Asegurado al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que hará Seguros Atlas por concepto del seguro del expresado miembro.

LIQUIDACIÓN.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a Seguros Atlas la suma asegurada que corresponda.

Además de las formas de declaración que Seguros Atlas proporcione al reclamante, Seguros Atlas tendrá el derecho a solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, Seguros Atlas pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor, si la diferencia se descubre antes del siniestro, Seguros Atlas, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que operó el cambio.

COMPETENCIA.

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario, podrán acudir en primera instancia a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Atlas S. A., en donde se atenderá la consulta o reclamación planteada y se dará respuesta.

En caso de persistir la inconformidad, podrán acudir a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros dentro de la República Mexicana, de no someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

INTERES MORATORIO.

Si Seguros Atlas incumple con sus obligaciones de este Contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 176 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 Ley sobre el Contrato de Seguro.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que Seguros Atlas haya tenido conocimiento de el, 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.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así mismo se suspenderá en los casos previstos en esta ley.

En términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

ARTICULO 17.- *Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad 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 o Colectividad de que se trate.*

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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.

ARTICULO 18.- *Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad 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.*

ARTICULO 19.- *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.

“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 07 de Octubre de 2010, 21 de Junio de 2013, 26 de Septiembre de 2013, 14 de Junio de 2013, 21 de Junio de 2013, 30 de Septiembre de 2013, 30 de Septiembre de 2013, , 27 de Julio de 2014, 27 de Julio de 2014 con el número CNSF-S0023-0911-2010, CGEN-S0023-0119-2013, CGEN-S0023-0198-2013, CGEN-S0023-0116-2013, CGEN-S0023-0118-2013, BADI-S0023-0110-2013, BADI-S0023-0111-2013, CGEN-S0023-0111-2014, CGEN-S0023-0112-2014”.

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS BÁSICOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO DE UN SEGURO?

- Cuando se contrata un Seguro de Vida es posible que desconozcas los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario al momento de adquirir la protección de un seguro, en caso de algún imprevisto amparado.
- Si conoces tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás malos entendidos y en consecuencia, estarás mejor informado.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Como contratante, antes y durante la contratación del seguro tienes derecho a:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que lo acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro, esta se proporcionará por escrito o por medios electrónicos.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web:

www.segurosatlas.com.mx, o puedes acudir a cualquiera de nuestras oficinas, donde tendremos el gusto de atender a todas tus inquietudes.

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará del pago correspondiente la prima pendiente de pagar así como cualquier otro adeudo derivado del contrato de seguro.
- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente

- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

- Conocer si eres beneficiario en una póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Para mayor información visite
<http://www.segurosatlas.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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de mayo de 2015 con el número RESP-S0023-0482-2015”.