

Condiciones Generales

Seguro de Vida Paquete Genérico

Índice

AVISO DE PRIVACIDAD.....	4
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	5
I. DEFINICIONES	5
II. Relativas a las Coberturas adicionales.....	7
III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	8
III.1 CONTRATO.....	8
III.2 COBERTURAS	8
III.3 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	8
III.4 MODIFICACIONES.	8
III.5 GRUPO ASEGURABLE.	8
III.6 VIGENCIA DEL CONTRATO.	8
III.7 CONSENTIMIENTOS-CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....	9
III.8 REGISTRO DE ASEGURADOS.	9
III.9 SUMA ASEGURADA.....	9
III.10 PAGO DE LA PRIMA.....	9
III.11 INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.	10
III.12 BAJA DE ASEGURADOS.	10
III.13 RENOVACIÓN.....	10
III.14 BENEFICIARIOS.....	11
III.15 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.	11
III.16 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.	13
III.17 EDAD.....	13
III.18 EDAD FUERA DE LÍMITE.	13
III.19 PRESCRIPCIÓN.	13
III.20 MONEDA.....	14
III.21 INDEMNIZACIÓN POR MORA.	14
III.22 COMUNICACIONES.	14

III.23 COMISIONES	14
III.24 CANCELACIÓN AUTOMÁTICA	14
III.25 COMPETENCIA	15
TRASCIPCIÓN 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.	15
EXCLUSIONES.....	17
CLÁUSULA OFAC	¡Error! Marcador no definido.
COBERTURAS ADICIONALES	18
COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.....	19
COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (EG)	20
4. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH).....	24
COBERTURA DE INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y.....	27
PERMANENTE POR ACCIDENTE	27
PRINCIPALES CLÁUSULAS.....	30

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 DE LA PÓLIZA

I. DEFINICIONES

Para efecto de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al Contrato

Accidente: Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado Titular: Previo consentimiento por escrito, es cada una de las personas que cumpla con los requisitos de admisión establecidos en esta póliza, quedando automáticamente asegurado desde el momento en que entre en vigor la presente póliza.

Contratante de la Póliza: Es aquella persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sus clientes, que además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo, así como a recabar la información necesaria para el aseguramiento.

Concubinario/concubina: Persona soltera del sexo opuesto con quien El Asegurado Titular haya vivido en forma permanente y sin impedimento legal por el tiempo y en los términos que la ley refiera para adquirir ese carácter.

Cónyuge: Persona unida a través del matrimonio con El Asegurado Titular.

Día de estancia: Período de 24 horas continuas, en las que el asegurado se encuentra hospitalizado, o en una Unidad de Cuidados Intensivos”.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Familiares Dependientes: Serán considerados como Familiares dependientes del Asegurado Titular las siguientes personas:

- a) Su cónyuge o concubina (rio), cuya edad debe estar entre los 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta que el asegurado cumpla 70 años.
- b) Sus hijos solteros, cuya edad de aceptación es de 1 día hasta los 24 años de edad.

Hospital: Institución legalmente autorizada por la Secretaria de Salud correspondiente, para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

Póliza: El contrato de seguro. Documento que contiene los derechos y obligaciones de las partes. En él quedan asentados: a) los nombres y domicilios de las partes, b) la firma de LA COMPAÑÍA, c) las coberturas amparadas, d) las sumas aseguradas, e) la vigencia del Contrato de Seguro, f) las primas del Contrato de Seguro, g) las condiciones generales y especiales.

Recibo de pago: Documento en el que se establece la prima que deberá pagar El Contratante. En él se especifica el periodo que se cubre con la prima por pagar.

Relación de asegurados: Listado que incluye el nombre completo de Los Asegurados, las coberturas amparadas y la vigencia de la cobertura.

Consentimiento/Certificado Individual: Documento que se le entrega a cada uno de los miembros del Grupo. Contiene, entre otros:

- a) el nombre completo y fecha de nacimiento del Asegurado Titular, b) Vigencia de las coberturas amparadas, c) las sumas aseguradas, d) el nombre de El Contratante, e) el número de póliza y certificado y f) el nombre de los beneficiarios.

Suma Asegurada: La suma asegurada será la estipulada en el **Consentimiento/Certificado**.

Vigencia: Periodo pactado de cobertura amparado por el Contrato de Seguro.

II. Relativas a las Coberturas adicionales

Accidente Cerebrovascular (ACV): Cualquier accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computerizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear).

Cáncer: Tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos.

Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.

Infarto Cardíaco: Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

Insuficiencia Renal: Etapa terminal de una enfermedad renal manifestado por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

III.1 CONTRATO.

Forman parte de este contrato la solicitud de seguro, esta póliza, los endosos que lleve anexos, los consentimientos-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”.

III.2 COBERTURAS

BÁSICA

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (muerte natural, accidental o por enfermedad) dentro de la vigencia de esta cobertura, “La Compañía” pagará la Suma Asegurada estipulada en el Certificado al Beneficiario designado.

COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales solamente se cubrirán cuando ellas hayan sido contratadas y se encuentren mencionadas en la carátula de la póliza.

III.3 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

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.

III.4 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.

III.5 GRUPO ASEGURABLE.

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

III.6 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 **INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO**.

III.7 CONSENTIMIENTOS-CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La Institución expedirá y entregará los Consentimientos-Certificados Individuales al Contratante, para que éste a su vez los entregue a los Asegurados. Los consentimientos-certificados individuales contendrán entre otros datos, los siguientes:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Institución;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Institución;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

III.8 REGISTRO DE ASEGURADOS.

El Contratante entregará a la Compañía el registro de asegurados, y anotará las altas y bajas en la copia que conserve, enviando a la Compañía una relación que formará parte integrante del propio registro, en el entendido que los asegurados que no aparezcan en esa relación serán dados de baja de pleno derecho del grupo asegurado, por así convenirlo las partes.

III.9 SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada será la estipulada en la carátula de la póliza y en el consentimiento-certificado.

III.10 PAGO DE LA PRIMA.

La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a las coberturas contratadas, la cual se fraccionará para su pago en períodos de cobertura iguales, en el entendido, que el contratante notificara fehacientemente a “La compañía” mediante el listado respectivo de asegurados que continuarán aseguradas y que pagarán prima, las personas no incluidas se entenderán que renuncian a la colectividad asegurada, por lo que de pleno derecho cesarán los efectos del aseguramiento, esto con objeto de obtener una sana administración de la póliza.

El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

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

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida en la carátula de la póliza, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice la Compañía, a cambio del comprobante de pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución. De igual forma, si al término de la vigencia de la póliza existieren saldos a favor de la “La Compañía” el contratante se obliga para con esta a cubrirlos una vez que se hayan realizado las conciliaciones correspondientes.

III.11 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. Esto tendrá verificativo únicamente, con el listado de asegurados que proporcione el Contratante a “La Compañía “

III.12 BAJA DE ASEGURADOS.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la 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. Las bajas de pleno derecho tendrán verificativo con la no inclusión de aquellas personas que no desean continuar en la póliza, esto es bajo estricta responsabilidad del Contratante.

III.13 RENOVACIÓN.

Para los seguros de personas, la vigencia de la póliza será anual con renovación automática, y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima, o bien cuando el contratante no los incluya en la relación de asegurados. La vigencia de la póliza podrá ser menor a un año, cuando se trate de seguros cuyo

pago de prima se realice junto con pagos periódicos de servicios o de productos adquiridos a plazo, seguros cuyo pago de prima se realice como parte de operaciones de captación de recursos que se realicen conforme a lo previsto en el artículo 4 Bis de la Ley de Ahorro y Crédito Popular, así como seguros cuyo pago de primas se efectúe con recursos provenientes de apoyos sociales de carácter gubernamental.

III.14 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.

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

III.15 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

La información que se requerirá para el trámite del siniestro será:

- 1) Formato de Carta reclamación, una por cada beneficiario
- 2) Original del Acta de defunción – en todos los casos
- 3) Original del Consentimiento-Certificado del seguro debidamente firmado o con huella digital por el asegurado titular.
- 4) Averiguación previa certificada, si la muerte fue violenta o accidental, o bien, Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya Ministerio Público en la zona.
- 5) Copia identificaciones oficiales de los beneficiarios y asegurado (IFE, Pasaporte, Cedula Profesional, Cartilla Militar).
- 6) Original de las Actas de Nacimiento de los beneficiarios y asegurado.
- 7) Original del acta de matrimonio del beneficiario si éste es cónyuge.
- 8) Para el pago de suma asegurada de Graves Enfermedades, deberá presentarse el dictamen por el médico especialista en la materia, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, o en su caso de la Institución Especializada.
 - a) **Infarto Cardíaco:** Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

b) En el caso de Accidente Cerebrovascular (ACV), Cualquier accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computerizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear).

c) Cáncer, el diagnóstico debe ser de tipo maligno a través de análisis histopatológicos.

9) Para el pago de suma asegurada de Invalidez y/o Incapacidad Total y Permanente por Accidente, se debe presentar el dictamen por del médico especialista en la materia, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, o en su caso de la institución especializada.

Se considera la Invalidez y/o incapacidad Total y Permanente a partir del momento de que es determinada por una Institución pública o privada al 100% y que el dictamen sea no revocable.

10) Para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización, se debe presentar el comprobante de la hospitalización y que esta fue por 24 horas mínimo.

11) En el momento de la liquidación del siniestro se aplicará lo procedente de la ley del impuesto sobre la renta vigente.

12) La compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

13) Una vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, a elección del beneficiario, mediante cheque nominativo para abono en cuenta de este y/o transferencia bancaria, conforme a mecanismos de pago que permitan al beneficiario gozar de los beneficios del seguro, la indemnización deberá efectuarse dentro un plazo máximo de treinta días hábiles.

III.16 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Institución la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

La Compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

III.17 EDAD.

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, para el asegurado titular y dependientes son:

Asegurado Titular de 18 años de edad como mínimo y 65 como máximo con renovación hasta que el asegurado cumpla 70 años.

III.18 EDAD FUERA DE LÍMITE.

En caso de que la edad real de un asegurado, en la fecha de su ingreso al grupo este fuera del rango establecido en la sección II.17, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado, quedando liberada la Institución de toda responsabilidad y La Compañía reintegrará al Contratante la reserva matemática de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

III.19 PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y Gastos Funerarios.
- II. En dos años, en el caso de la cobertura de Enfermedades Graves, Incapacidad Total Temporal por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización.

Todos ellos 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 tratan los párrafos anteriores no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, 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.

III.20 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.

III.21 INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

III.22 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, DF 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.

III.23 COMISIONES.

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.

III.24 CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado titular sea mayor a 70 años.
3. Al fallecimiento del asegurado titular.
4. La falta de pago de la fracción de la prima correspondiente

No Haber sido incluido por el Contratante en la relación de asegurados.

III.25 COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y lo dispuesto por el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las delegaciones regionales de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Institución proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

TRASCRIPTIÓN 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.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE:

- 1. SUICIDIO, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL. SI ESTO OCURRE DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑO DE LA VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA DE SEGURO, LA ASEGURADORA SOLAMENTE DEVOLVERÁ LA RESERVA MATEMÁTICA. ESTE SERÁ EL PAGO TOTAL QUE SE HARÁ POR CONCEPTO DEL SEGURO DEL EXPRESADO MIEMBRO. EN CASO DE REHABILITACIÓN, EL PLAZO DE DOS AÑOS, SE CONTARÁ A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ÉSTA SEA ACEPTADA POR LA ASEGURADORA.**
- 2. FALLECIMIENTOS OCURRIDOS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL ASEGURADO.**

COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales solamente se cubrirán cuando ellas hayan sido contratadas y se encuentren mencionadas en la carátula de la póliza.

Las coberturas que a continuación se especifican, formarán parte de la póliza y se sujetarán a las condiciones generales y específicas de las mismas.

Si existe contradicción entre las condiciones específicas de las coberturas adicionales y las condiciones generales de la póliza, prevalecerán las especificadas en las condiciones de las coberturas adicionales.

COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Gastos Funerarios (GF)

La aseguradora pagará al asegurado titular la suma asegurada contratada, mediante la obligación del pago de la prima convenida, en esta cobertura en caso del fallecimiento de cualquier miembro de los **familiares dependientes**. Si ocurre el fallecimiento del **asegurado titular**, la suma asegurada se pagará al beneficiario que este haya nombrado en la cobertura básica y que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual.

Objetivo.

El objetivo de esta cobertura es otorgar una ayuda económica que pueda ser usada para sufragar los últimos gastos relacionados con la muerte de cualquier miembro de la familia asegurada.

Edad

Para la cobertura de Gastos Funerarios, las edades de aceptación, renovación y cancelación son:

- a) **Asegurado titular** de 18 a 65 años de aceptación y renovación hasta los 70 años.
- b) **Cónyuge** de 18 a 65 años de aceptación y renovación hasta los 70 años.
- c) **Hijos** de 1 día a 24 años de aceptación y cancelación en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del hijo del asegurado titular sea mayor a 24 años.

IV. EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE:

1. **SUICIDIO, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL. SI ESTO OCURRE DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑO DE LA VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA DE SEGURO, LA ASEGURADORA SOLAMENTE DEVOLVERÁ LA RESERVA MATEMÁTICA. ESTE SERÁ EL PAGO TOTAL QUE SE HARÁ POR CONCEPTO DEL SEGURO DEL EXPRESADO MIEMBRO. EN CASO DE REHABILITACIÓN, EL PLAZO DE DOS AÑOS, SE CONTARÁ A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ÉSTA SEA ACEPTADA POR LA ASEGURADORA.**
2. **FALLECIMIENTOS OCURRIDOS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL ASEGURADO.**

COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (EG)

Objetivo.

El objetivo de esta cobertura es otorgar una ayuda económica que pueda ser usada para sufragar gastos relacionados con la enfermedad del asegurado titular.

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Enfermedades Graves (EG)

La Compañía pagará al Asegurado titular, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si encontrándose vigente el certificado, le es diagnosticada al asegurado titular por primera vez y por un médico especialista en la materia legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, alguna de las siguientes enfermedades graves:

- **Insuficiencia renal**
- **Infarto cardiaco**
- **Accidente cerebrovascular**
- **Cáncer**

Edad

Las edades de aceptación para el asegurado titular son de 18 a 65 años de edad.

Descripción de enfermedades cubiertas:

INFARTO DE MIOCARDIO

Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

EXCLUSIONES:

- a) **ANGINA DE PECHO.**
- b) **MICRO INFARTOS CON SÓLO UNA ELEVACIÓN MÍNIMA DE LA TROPONINA-T Y SIN ANORMALIDAD DIAGNÓSTICA EN EL TRAZO DEL ECG O SIGNOS CLÍNICOS.**

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Cualquier accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computarizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear).

EXCLUSIONES:

- 1. INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL COMO RESULTADO DE TRAUMATISMO EXTERNO**
- 2. ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)**

CÁNCER

Tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos.

Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.

EXCLUSIONES:

- 1. ESTA INDEMNIZACIÓN NO APLICA SI EL PRIMER DIAGNÓSTICO OCURRE O SE ESTABLECE ANTES O DURANTE EL PERIODO DE NOVENTA DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA O REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.**
- 2. “CARCINOMA IN SITU”, DISPLASIA CERVICAL, CÁNCER DE CÉRVIX CIN I, II Y III Y TODAS LAS SITUACIONES DE PREMALIGNIDAD O CÁNCERES NO INVASIVOS.**
- 3. CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO T1 (SEGÚN CLASIFICACIÓN TNM) INCLUYENDO T1A Y T1B U OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE.**
- 4. MELANOMAS DE PIEL ESTADÍO 1A (<= 1MM, NIVEL II O III, SIN ULCERACIÓN) – DE ACUERDO A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA AJCC DE 2002.**
- 5. HIPERQUERATOSIS O CARCINOMAS DE CÉLULAS BASALES DE PIEL**
- 6. CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PIEL SALVO QUE EXISTA METÁSTASIS.**
- 7. SARCOMA DE KAPOSI Y TODO TUMOR EN PRESENCIA DE INFECCIÓN POR VIH (SALVO LA ADQUIRIDA MEDICAMENTE* Y/O EN OCASIÓN DEL TRABAJO).**
- 8. CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE MAMA.**

* Resultado de un pinchazo accidental por aguja durante el desempeño de su ejercicio profesional como médico, dentista, enfermera, paramédico, bombero o policía. Cualquier accidente que pueda provocar una reclamación debe producirse durante la vigencia de la

póliza y debe comunicarse al asegurador dentro de los siete (7) días siguientes y presentar un test de anticuerpos VIH negativo realizado después del accidente. La seroconversión a infección VIH debe producirse dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente.

INSUFICIENCIA RENAL

Etapa terminal de una enfermedad renal manifestado por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

EXCLUSIONES:

- 1. ESTA INDEMNIZACIÓN NO APLICA SI EL PRIMER DIAGNÓSTICO OCURRE O SE ESTABLECE ANTES O DURANTE EL PERIODO DE NOVENTA DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA O REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.**
- 2. FALLA RENAL REVERSIBLE O TEMPORAL QUE SE RESUELVA LUEGO DE ALGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO**

Aviso y Comprobación del Siniestro

Sin perjuicio de lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el Asegurado deberá:

- Dar aviso del siniestro a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Grave, sin perjuicio de lo señalado en la Cláusula de Prescripción de las Condiciones Generales.
- Presentar a la Compañía los siguientes elementos comprobatorios:
 - a) El diagnóstico de su Enfermedad Grave, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
 - b) El diagnóstico deberá ser efectuado y certificado por un médico de la red de la aseguradora.

II. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado titular sea mayor a 65 años.
3. Al haberse realizado cualquier reclamación por concepto de esta cobertura.
4. La falta de pago de la fracción de la prima correspondiente

EXCLUSIONES

- 1. ENFERMEDADES O CONDICIONES CONGÉNITAS O PRE-EXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES AQUELLAS QUE EL ASEGURADO PADECIERE CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA.**

2. VIH O ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIH, INCLUYENDO SIDA O CUALQUIER MUTACIÓN O DERIVACIÓN.
3. ABUSO DE ALCOHOL, USO DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, ESTIMULANTES O NARCÓTICOS.
4. ENVENENAMIENTO

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (IDH)

Objetivo.

El objetivo de esta cobertura es otorgar una ayuda económica que pueda ayudar absorber los gastos hospitalarios del Asegurado Titular o familiares dependientes.

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Indemnización Diaria por Hospitalización (IDH)

La compañía pagará al Asegurado titular la renta contratada, estipulada en el certificado para esta cobertura, siempre y cuando dicho certificado se encuentre en vigor, si el Asegurado titular o familiares dependientes se hospitalizan a consecuencia de un accidente o enfermedad y por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

La cobertura descrita anteriormente aplica para cada accidente o enfermedad cubierta para un período mínimo de hospitalización de 24 horas y se pagará como máximo hasta treinta días de renta total por año.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio se otorgarán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

Edad

Para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización, las edades de aceptación, renovación son:

- a) **Asegurado titular** de 18 a 65 años de aceptación y renovación hasta los 65 años de edad.
- b) **Cónyuge** de 18 a 65 años de aceptación y renovación hasta los 65 años de edad.
- c) **Hijos** de 6 meses a 24 años de aceptación.

Aviso y Comprobación de Siniestro

Las indemnizaciones establecidas para este beneficio se otorgarán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión

II. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada asegurado al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
2. Para el titular o el cónyuge, en el aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea mayor a 65 años.

3. Para los hijos del asegurado titular, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida de o de los hijos del asegurado titular sea mayor a 24 años.
4. Al acumularse los 30 días de hospitalización en un año de póliza quedará cancelada la cobertura hasta la próxima anualidad.
5. La falta de pago de la fracción de la prima correspondiente
6. No Haber sido incluido por el Contratante en la relación de asegurados.

III. EXCLUSIONES

NO SE PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA SI EL GASTO ES RESULTADO DE:

- 1. HERIDAS O ENFERMEDAD PREEXISTENTE. UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE ES UNA ENFERMEDAD, HERIDA, CONDICIÓN O SÍNTOMA:**
 - **CONOCIDA POR EL ASEGURADO PREVIA A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA; O**
 - **POR LA CUAL EL ASEGURADO HA CONSULTADO PREVIAMENTE A UN MÉDICO ANTES DEL COMIENZO DEL SEGURO; O**
 - **POR LA CUAL, UNA PERSONA RAZONABLE EN LA POSICIÓN DEL ASEGURADO, HUBIERA CONSULTADO A UN MÉDICO ANTES DEL COMIENZO DEL SEGURO.**
- 2. HOSPITALIZACIÓN CAUSADA O ACELERADA POR:**
 - **GUERRA, RIÑA, CONMOCIÓN CIVIL**
 - **AVIACIÓN (CUANDO NO SEA PASAJERO DE AEROLÍNEA COMERCIAL CON BOLETO PAGADO)**
 - **TOMANDO PARTE DE PERSECUCIONES PELIGROSAS, DEPORTES DE RIESGO, DEPORTES PROFESIONALES ASÍ COMO CONDUCCIÓN O MONTA EN CUALQUIER CLASE DE COMPETICIÓN O CONCURSO DE VELOCIDAD.**
 - **ABUSO DE DROGAS O DEPENDENCIA (ALCOHOL, DISOLVENTES, DROGAS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA)**
 - **INTENTO DE SUICIDIO /HERIDAS AUTO INFLIGIDAS**
 - **ACTOS CRIMINALES**
 - **NACIMIENTO, EMBARAZO, CUALQUIER TIPO DE ABORTO**
 - **EXISTENCIA DE HIV/AIDS (RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON HIV/AIDS)**
- 3. HERIDAS RESULTANTES DEL SERVICIO MILITAR**
- 4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA FUERZA AÉREA, NAVAL O EJÉRCITO U OPERACIONES DEL MISMO O CUALQUIER OPERACIÓN ARMADA PLANEADA POR AUTORIDADES CIVILES O MILITARES, TALES COMO ACTOS TERRORISTAS, BANDIDAJE Y OTROS ELEMENTOS.**
- 5. ENFERMEDAD O DEFECTOS CONGÉNITO O HEREDITARIO**

6. **CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA**
7. **EPILEPSIA O ENFERMEDAD MENTAL**
8. **CONDICIONES CRÓNICAS**
9. **TRATAMIENTO DENTAL**
10. **DIÁLISIS.**
11. **TRATAMIENTO ÓPTICO DE RUTINA**
12. **CIRUGÍA COSMÉTICA O PLÁSTICA.**
13. **PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS.**
14. **TRATAMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN O DE FERTILIDAD**
15. **CUIDADOS POR CONVALECENCIA, DE DESCANSO, CUIDADO HOSPITALARIO**
16. **DAÑOS DE LA NATURALEZA (TERREMOTOS, AVALANCHAS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS U OTRAS RELATIVAS A LA NATURALEZA).**
17. **FISIÓN O REACCIÓN NUCLEAR; ARMAS BIOLÓGICAS O QUÍMICAS, O CUALQUIER CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.**
18. **VARIACIONES DE PESO: OBESIDAD, REDUCCIÓN DE PESO/INCREMENTO, BULIMIA, ANOREXIA NERVIOSA.**

COBERTURA DE INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Objetivo.

El objetivo de esta cobertura es otorgar una ayuda económica que pueda ser usada para sufragar los primeros gastos relacionados con la invalidez y/o incapacidad total y permanente por accidente, del asegurado titular.

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Invalidez y/o incapacidad Total y Permanente por Accidente

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el asegurado titular sufriera un accidente que resultara en un dictamen de invalidez y/o incapacidad total y permanente, la compañía pagará al asegurado titular, en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para este beneficio inmediatamente después de transcurrir el período de espera.

Para efectos de esta Cláusula, se considerará " Invalidez y/o incapacidad Total y Permanente " a la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez y/o incapacidad total y permanente, se requerirá que haya sido continua durante 6 meses.

En los siguientes casos no opera el término de 6 meses; se considerarán entre otros como causa de invalidez y/o incapacidad total y permanente: 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, por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

En lo sucesivo, cuando hablemos de invalidez nos referiremos a la definición de "invalidez y/o incapacidad total y permanente" presentada en esta cláusula.

Los límites de admisión fijados por la Compañía, en la fecha de expedición del Contrato, son de 18 años de edad como mínimo y máximo de 65 años de edad.

II. BASES PARA CONSIDERAR QUE UN DICTAMEN TIENE PLENA VALIDEZ

A fin de determinar el estado de invalidez y/o incapacidad total y permanente, el asegurado deberá presentar a la compañía, el dictamen de invalidez y/o incapacidad total y permanente avalado por una Institución o Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez y/o incapacidad total y permanente, mismos que serán evaluados por un médico designado por la compañía y en caso de proceder el estado de invalidez y/o incapacidad total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Solo para el caso de que la compañía considere rechazar el dictamen de invalidez y/o incapacidad total y permanente, lo realizará a traes de la opinión de un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, pudiendo solicitar al asegurado se someta a un examen médico (sin costo alguno) practicado por este especialista.

III. EXCLUSIONES PARA LOS BENEFICIOS DE INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR AACIDENTE

ESTE BENEFICIO NO SE CONCEDERÁ CUANDO LA INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE DEBA A:

- 1. LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- 2. LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN O MANIFESTACIONES VIOLENTAS EN QUE PARTICIPE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA.**
- 3. LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTERNACIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.**
- 4. LESIONES PRODUCIDAS EN RIÑAS SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SE EL PROVOCADOR.**
- 5. LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN AÉREA, EXCEPTO CUANDO EL ASEGURADO VIAJARA COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE UNA COMPAÑÍA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA EL TRASPORTE DE PASAJEROS, EN RUTAS ESTABLECIDAS.**
- 6. LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER VEHÍCULO TOMANDO PARTE EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.**

7. **LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO MIENTRAS SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, BOXEO, CUALQUIER TIPO DE LUCHA, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA, CUALQUIER DEPORTE AÉREO, ARTES MARCIALES, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, RUGBY Y RAPEL.**
8. **RADIACIONES ATÓMICAS.**
9. **LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO CUANDO SE ENCUENTRE BAJOS LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, ENERVANTES QUE CAUSEN PERTURBACIÓN MENTAL O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO O DROGAS, EXCEPTO LAS PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
10. **LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR NEGLIGENCIA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**

IV. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

La cobertura de invalidez y/o incapacidad total y permanente se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado titular sea mayor a 65 años.

PRINCIPALES CLÁUSULAS

Pago de las primas.

El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

El período de pago de cada prima es anual, pero podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución.

El Contratante podrá realizar el pago de la prima a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Institución.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución.

Período de espera para el pago de primas.

Si el contratante o asegurado no hubiese pagado la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automática-mente a las doce horas del último día de ese plazo.

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.

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

Comprobación del siniestro. A continuación se citan los requisitos que se solicitarán de acuerdo con las coberturas contratadas:

La información que se requerirá para el trámite del siniestro será:

- 1) Formato de Carta reclamación, una por cada beneficiario
- 2) Original del Acta de defunción – en todos los casos
- 3) Original del Consentimiento-Certificado del seguro debidamente firmado o con huella digital por el asegurado titular.
- 4) Averiguación previa certificada, si la muerte fue violenta o accidental, o bien, Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya Ministerio Público en la zona.
- 5) Copia identificaciones oficiales de los beneficiarios y asegurado (IFE, Pasaporte, Cedula Profesional, Cartilla Militar).
- 6) Original de las Actas de Nacimiento de los beneficiarios y asegurado.
- 7) Original del acta de matrimonio del beneficiario si éste es cónyuge.
- 8) Para el pago de suma asegurada de Graves Enfermedades, deberá presentarse el dictamen por el médico especialista en la materia, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, o en su caso de la Institución Especializada.
 - a) **Infarto Cardíaco:** Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.
El diagnóstico debe estar basado en:
 - Historia de dolor torácico típico.
 - Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
 - Elevación significativa de las enzimas cardíacas.
 - b) **En el caso de Accidente Cerebrovascular (ACV),** Cualquier accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computarizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear).
 - c) **Cáncer,** el diagnóstico debe ser de tipo maligno a través de análisis histopatológicos.

9) Para el pago de suma asegurada de Invalidez y/o Incapacidad Total y Permanente por Accidente, se debe presentar el dictamen por del médico especialista en la materia, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, o en su caso de la institución especializada.

Se considera la Invalidez y/o incapacidad Total y Permanente a partir del momento de que es determinada por una Institución pública o privada al 100% y que el dictamen sea no revocable.

10) Para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización, se debe presentar el comprobante de la hospitalización y que esta fue por 24 horas mínimo.

11) En el momento de la liquidación del siniestro se aplicará lo procedente de la ley del impuesto sobre la renta vigente.

12) La compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

13) Una vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, a elección del beneficiario, mediante cheque nominativo para abono en cuenta de este y/o transferencia bancaria, conforme a mecanismos de pago que permitan al beneficiario gozar de los beneficios del seguro, la indemnización deberá efectuarse dentro un plazo máximo de treinta días hábiles.

Indemnización por Mora.

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 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Liquidación.

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

Las cantidades que se adeuden a la compañía por concepto de primas que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza.

Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y lo dispuesto por el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las delegaciones regionales de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y Gastos Funerarios.
- II. En dos años, en el caso de la cobertura de Enfermedades Graves, Incapacidad Total Temporal por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización.

Todos ellos 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 tratan los párrafos anteriores no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, 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.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE:

- 1. SUICIDIO, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL. SI ESTO OCURRE DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑO DE LA VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA DE SEGURO, LA ASEGURADORA SOLAMENTE DEVOLVERÁ LA RESERVA MATEMÁTICA. ESTE SERÁ EL PAGO TOTAL QUE SE HARÁ POR**

CONCEPTO DEL SEGURO DEL EXPRESADO MIEMBRO. EN CASO DE REHABILITACIÓN, EL PLAZO DE DOS AÑOS, SE CONTARÁ A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ÉSTA SEA ACEPTADA POR LA ASEGURADORA.

2. FALLECIMIENTOS OCURRIDOS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL ASEGURADO.

Aviso de Privacidad

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. 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 sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36- A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0023-0079-2012, CGEN-S0023-0198-2013 de fecha 14/03/2013, 26/09/2013.