

Contrato de Seguro que celebran **Seguros Banamex S.A. de C.V.**, integrante del **Grupo Financiero Banamex** a quien en lo sucesivo se le denominará “La Compañía”, y la persona que se detalla en la carátula de la póliza bajo la denominación de “Contratante”, quienes se sujetarán a las siguientes cláusulas:

Grupo Asegurado. Las personas que contraten un crédito automotriz con el contratante de la Póliza.

Objeto del Seguro. El objeto del seguro es garantizar el crédito otorgado por el contratante al asegurado cuando este último muera o sufra una invalidez total permanente en los términos condiciones contempladas en este documento.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Cobertura de Vida. La Compañía cubrirá a la muerte del asegurado el saldo insoluto que presente el crédito otorgado por el contratante al momento de la muerte mencionada.

Cobertura adicional. La Compañía cubrirá cuando el asegurado sufra una Invalidez Total Permanente en los términos y condiciones previstos en el presente documento, el saldo insoluto que presente el crédito otorgado por el contratante una vez que se determine procedente el Estado de Invalidez.

DEFINICIONES

Contratante. Es aquella persona que ha solicitado la celebración del presente Contrato de Seguro para sí o para terceras personas.

Asegurado. Es la persona cuyo nombre se especifica en el certificado individual y se encuentra amparado bajo el presente Contrato de seguro.

Beneficiario. Para efectos de este contrato el beneficiario será siempre el contratante, hasta el saldo insoluto que presente el crédito otorgado al asegurado, al ocurrir el riesgo amparado en la presente póliza.

CONDICIONES GENERALES

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

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

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

Baja de Asegurados (Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo). Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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

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

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

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

Vigencia. Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual y continúa durante el plazo de seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de su vencimiento.

Primas. La prima vence al momento de la celebración del Contrato. En caso de que el Contratante haya optado por una forma de pago diferente a la anual, la prima fraccionada se entenderá vencida al comienzo de cada periodo de pago elegido.

La prima total del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro de la misma, de acuerdo con su edad real, ocupación y suma asegurada.

El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza y/o Certificado individual.

El importe podrá pagarse a la Compañía, desde el primer día de su vencimiento, mediante un pago anual, semestral, trimestral o de forma mensual. Al respecto, la Compañía podrá cobrar una tasa de financiamiento por pago fraccionado, que se encuentre vigente al momento de la emisión o renovación, la cual podrá variar en cada vencimiento anual de la póliza.

El responsable del pago de la totalidad de la prima de los asegurados que conforman el Grupo, será el contratante.

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

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

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

Derecho a Seguro Individual. La institución aseguradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, a la persona que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere la Compañía al público en general.

Los Asegurados que hubieren adquirido seguro individual tendrán derecho a formar parte nuevamente del Grupo Asegurado, siempre que presenten requisitos satisfactorios de asegurabilidad a juicio de la Compañía y cumplan con los requisitos para conformar el Grupo Asegurado.

Contenido de la Póliza (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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”.

Las modificaciones al Contrato de Seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Contratante, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora.

Plazo del Seguro. El plazo del seguro será el que aparece en la carátula de la póliza y/o certificado individual. De no existir la indicación correspondiente se entenderá que la duración del seguro es de un año.

Modificaciones. Cualquier modificación a esta póliza y/o certificado individual se hará por escrito y por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales que se registren ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Notificaciones. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

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

Terminación del Seguro Respecto a cada asegurado. La responsabilidad de la Compañía respecto a cada asegurado cesará cuando:

- a) Se haya pagado el crédito concedido por el contratante, el cual deberá informar por escrito a la Compañía
- b) Se haya traspasado el crédito otorgado con el consentimiento expreso del Contratante. En éstos casos, el deudor sustituido dejará de estar asegurado y el deudor sustituto podrá ingresar al Grupo Asegurado cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.
- c) Por falta de pago de primas respecto de algún Asegurado en términos de Ley

Competencia. En caso de controversia, las partes, podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. En caso de que el reclamante opte por demandar, a su elección podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción a la que corresponda el domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Moneda. Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua del Contrato de Seguro y del respectivo certificado individual, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la reserva matemática respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el certificado individual.

Edad. La edad declarada por el Asegurado en el certificado individual se deberá comprobar a la Compañía.

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión del certificado individual.

Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en el propio certificado individual o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas, si la anotación mencionada no aparece en el certificado individual, significa que La Compañía no ha realizado la comprobación de la edad de la persona asegurada de que se trate.

Límites de edad. Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 18 (dieciocho) años como mínimo y 99 (noventa y nueve) años como máximo.

Ajuste por Edad. Cuando de la comprobación de la edad resulte:

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

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

Cláusula de Comisión o Compensación Directa. Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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

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

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

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 1226 822 en el D.F., o al 01 800 888 8432 para el resto de la República, para la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 1226 8222 en el D.F., o al 01 800 888 8432 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

PROCEDIMIENTOS

Beneficiarios. El beneficiario para el presente seguro lo será “El Contratante”, hasta por el saldo insoluto del crédito otorgado al asegurado.

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

Pago del Seguro. La suma asegurada se pagará al beneficiario designado previa la comprobación de la muerte o estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado (si fue contratado) deduciendo de la suma asegurada cualquier adeudo de prima vencida y no pagada en el momento de la liquidación final del certificado individual.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de la suma asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Comprobación del Siniestro. La Compañía tiene derecho de solicitar al beneficiario toda clase de información o documentos que tengan relación con la identidad del Asegurado y con las causas del siniestros, como pueden ser enunciativamente mas no limitativamente, historial clínico, averiguación previa, reportes forenses etc.

Beneficio de Invalidez Total y Permanente. El beneficio de Invalidez Total y Permanente consistirá en que la Compañía conviene en pagar anticipadamente, la suma asegurada, cuando el Asegurado quede en estado de Invalidez Total y Permanentemente a causa de enfermedad o accidente. Se establece un período de espera de seis meses para el pago de la suma asegurada, el cual empezará a contar a partir de la fecha de inicio de invalidez

Para efectos de este contrato 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 un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que esta sea dictaminada y/o avalada por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

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

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

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

Se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos en la presente póliza. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

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

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro

de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

Pruebas. Para que la Compañía conceda este beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas satisfactorias de su estado de invalidez y de que ésta es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, supervivencia y persistencia del estado de invalidez.

Límites de Edad para este beneficio. Los límites máximos de admisión y renovación para este beneficio serán de 69 años.

Cancelación Automática. Este beneficio quedará cancelado automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, al final del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

EXCLUSIONES

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

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

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de un padecimiento que provoque el estado de invalidez y que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela la naturaleza del padecimiento que provoque el estado de invalidez.

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

- i) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.
- j) Accidentes o lesiones que por culpa grave sufra el Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol y que el mismo tenga una relación directa con el accidente o la lesión ocasionada.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de este beneficio y del certificado del cual forma parte.

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 08 de junio de 2010, con el número CNSF-S0050-0238-2010.

CLÁUSULA GENERAL

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

En caso que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se esta rehabilitando.

Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

Exclusión.

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de octubre de 2010, con el número CGEN-S0050-0170-2010/G00406001.

CLÁUSULA DE PERIODO DE GRACIA

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de noviembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0228-2013/G00415001.

CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN.

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

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

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

Si el asegurado o contratante no recibe dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos

a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 01 (55) 1226 8100 o al 01 800 226 2639 si se encuentra en el extranjero, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2016 con el número CGEN-S0050-0095-2016/G00443001.

CLÁUSULA DE REFERENCIA DF A CDMX.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2016, con el número RESP-S0050-0193-2016/G00434001.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0238-2010 / CONDUSEF-000915-01

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

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

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

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

DEFINICIONES

Contratante. Es aquella persona física que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas, o la persona moral que ha solicitado la celebración para terceras personas. El Contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el Contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Asegurado. Es el titular del crédito, materia del presente Contrato cuyo nombre se especifica en la carátula del certificado y se encuentra amparado bajo el mismo.

Beneficiario. Es aquella persona que por designación irrevocable del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula del certificado o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.

Vigencia. Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula del certificado y continúa durante el plazo de seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de su vencimiento.

Desempleo Involuntario. Se entenderá como Desempleo Involuntario a la disolución de la relación de trabajo del Asegurado, por:

- a) Despido injustificado
- b) La extinción de la fuente de trabajo ocasionada por la muerte o incapacidad del patrón.
- c) Resolución judicial que declare que la terminación laboral es imputable al patrón.
- d) Pérdida definitiva de la fuente de ingresos ocasionada por un desastre natural.
- e) Por causas no previstas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo.

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO E INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Contrato de Seguro. Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante el pago de una prima se obliga a pagar una suma en dinero al verificarse la eventualidad prevista y pactada por la Compañía y el Asegurado y/o Contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos aquellos documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurado, como son la póliza, los endosos, y cualquier otro documento adicional entregado por la Compañía o a la Compañía.

Contenido de la Póliza. (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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”.

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Plazo del Seguro y Renovación. El plazo del presente Contrato será por períodos de un año, siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado “Cancelación”.

Primas. El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula del certificado.

El importe podrá pagarse a la Compañía, desde el primer día de su vencimiento, mediante un pago mensual.

Vencimiento. La prima vence al momento de la celebración del Contrato. La prima mensual se entenderá vencida al comienzo de cada periodo mensual.

Pagos. El pago se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la cuenta motivo del seguro. En caso de que la Compañía no pueda realizar el cargo por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito; crédito disponible; o cualquier situación similar.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía tendrá derecho a modificar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la fecha de emisión del certificado, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

Comisión o Compensación Directa. Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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

Edad. La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía cuando esta lo solicite.

Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión del certificado.

Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas.

Límites de edad. Los límites de admisión y renovación fijados por la Compañía son:

Invalidez Total Temporal: 18 (dieciocho) años como mínimo, 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

Desempleo Involuntario: 18 (dieciocho) años como mínimo, 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

PROCEDIMIENTOS APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO E INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Beneficiarios. El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y el porcentaje asignado, debiendo remitir el certificado individual correspondiente para realizar la anotación que en su caso deba realizarse. En caso de que la notificación de cambio de beneficiario no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

No obstante lo anterior y para efectos de este seguro, en toda indemnización, que se realice bajo las coberturas otorgadas por esta póliza, el beneficiario preferente e irrevocable será el mencionado como tal en el certificado individual correspondiente.

El Asegurado debe designar Beneficiario en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

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

Cancelación.

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras el certificado estuvo en vigor.

El certificado quedará cancelado 48 horas después de la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya iniciado la vigencia del certificado no estuviera de acuerdo en continuar con el mismo, podrá cancelarlo, por escrito y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática

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

- En la fecha de aniversario del certificado inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

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

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

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

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 1226 8100 en el D.F., o al 01 800 888 3676 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.segurosbanamex.com, obtenga las condiciones generales de su producto..

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 1226 8100 en el D.F., o al 01 800 888 3676 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO

Las personas cubiertas bajo este seguro no podrán disfrutar al mismo tiempo del Beneficio por Desempleo y el de Invalidez Total Temporal ya que la aplicación de una cobertura excluye a la otra según la condición laboral del Asegurado y de acuerdo a la cláusula de elegibilidad que corresponda a cada beneficio.

Seguro de Desempleo. El objeto del presente beneficio es cubrir las amortizaciones a cargo del asegurado del crédito personal otorgado por el contratante, hasta el monto y periodo máximo que se estipula en el certificado individual.

Cuando el Asegurado deja de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados bajo un Contrato definitivo, por causas ajenas y externas a su voluntad y durante el período de vigencia del presente seguro, dejando por lo tanto de percibir contraprestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado, la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el plazo de tiempo estipulado en la carátula o el certificado de la póliza para este beneficio.

Elegibilidad. Sólo son elegibles para la cobertura de Desempleo las personas que:

- a) A la fecha de ocurrencia del desempleo, se encuentren empleados por Contrato por tiempo indeterminado y con carácter de definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un Patrón;
- b) A la fecha de ocurrencia del desempleo, trabajen para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes (excepto empleados de gobierno); y
- c) Hayan trabajado ininterrumpidamente al menos los 6 meses inmediatos anteriores a la fecha de ocurrencia del desempleo.

Estos requisitos deben cumplirse los tres en su conjunto, no es válido uno o algunos de ellos.

En caso de que durante la vigencia de la cobertura del certificado individual, el Asegurado cambie su carácter de Empleado por el de Autoempleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Desempleo y le será aplicable la Cobertura por Invalidez Total Temporal, siempre y cuándo cumpla con la elegibilidad correspondiente para la cobertura de Invalidez Total Temporal.

Período de Carencia de Beneficios por Desempleo. Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia del certificado individual y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El período de carencia de beneficios por desempleo es de 30 días.

Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Desempleo (Deducible por Desempleo). Se define como el período de 30 días posterior inmediato a la pérdida del empleo para que comience el beneficio estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y hasta el período máximo de beneficio estipulado.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

Comprobación del desempleo. Para presentar la reclamación del pago de la indemnización mensual por desempleo, la Compañía solicitará la información y documentación siguiente:

- El aviso a la Compañía de manera inmediata de la pérdida involuntaria del empleo.
- Presentar los documentos que demuestren el desempleo involuntario, en los que se contemple la explicación de los

motivos que originaron el mismo.

Indemnización. Si el Asegurado queda desempleado por causas ajenas a su voluntad durante la vigencia de esta Póliza y/o certificado y permanece así por un periodo que exceda el deducible o periodo de espera, la Compañía pagará al contratante la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por cada plazo de tiempo estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado que el Asegurado permanezca desempleado. Si en la carátula de la póliza y/o certificado no se contempla la indemnización que deba recibir el asegurado por este beneficio, la responsabilidad máxima de la Compañía será de un mes por evento y solo se cubrirán durante la vida del crédito 3 eventos que sean distintos y no tengan relación, ni continuidad alguna.

La responsabilidad de la Compañía termina una vez que se agote el periodo máximo de la cobertura contratada para este beneficio o una vez que el Asegurado vuelva a tener un empleo, lo que ocurra primero.

Para el caso de que sea procedente el pago de este beneficio y la suma asegurada por evento se agote, deberán transcurrir por lo menos seis meses a partir del último mes de pago realizado por la Compañía al asegurado, para que el mismo quede reinstalado, con la salvedad de que el certificado debe encontrarse vigente, el desempleo que se reclame sea por una causa diferente a la que se haya pagado y se cumpla con todos los requisitos de elegibilidad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO

Esta cobertura no ampara:

- **Desempleo del Asegurado que se inicie antes o dentro del período de Carencia de Beneficios por Desempleo.**
- **Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- **Renuncia, abandono o pérdida voluntaria de la fuente de trabajo del Asegurado.**
- **Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude, conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al Contrato Laboral o la omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme al Contrato Laboral; o conducta delictiva por parte del Asegurado.**
- **Incidente nuclear.**
- **Para efectos de esta póliza no se considera desempleo involuntario, la suspensión de la relación laboral del asegurado (lo que ésta dure), originadas por paros, disputas laborales o huelgas**
- **Cuando el contrato se extinga como consecuencia de programas anunciados (recorte de personal) por la parte patronal, previo a la fecha de contratación del seguro por parte del asegurado.**
- **Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la Fecha de inicio de la vigencia del certificado.**
- **Terminación de un Contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.**
- **Enfermedad o Lesión del Asegurado.**
- **La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el Patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones de la Ley Federal del trabajo.**
- **Reclamaciones presentadas por personas que sean trabajadores, comerciantes ó profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (Autoempleados).**
- **Invalidez Total, Total Temporal o Temporal del Asegurado.**
- **Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o reinstalación correspondiera al trabajador.**
- **Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.**
- **Si el Asegurado, o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad, fuera el patrón o administrador de la empresa en dónde éste presta sus servicios laborales subordinados y/o si el Asegurado fuera socio ya sea con o sin presencia o representación directa en los órganos de Administración de la Sociedad.**
- **Cuando se produzca la reinstalación de la fuente de trabajo y se paguen salarios caídos.**

- Si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, previa experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.
- Si el Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del patrón. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.
- Los trabajadores temporales y fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- Los trabajadores de gobierno que se encuentren inhabilitados ya sea de manera temporal o permanente, así como aquellos que se encuentren suspendidos de sus funciones mientras no se determine su situación laboral.

En caso de renovación del certificado, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia del certificado por primera vez con la Compañía.

BENEFICIO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad. El objeto del presente beneficio es cubrir las amortizaciones a cargo del asegurado del crédito personal otorgado por el contratante, al decretarse una Invalidez Total Temporal por accidente o enfermedad, a partir de la fecha en que se acredite dicha Invalidez Total Temporal.

Se entiende por Invalidez Total Temporal aquella que sufra el Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta para el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico.

Por otro lado sí como consecuencia de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo o del diagnóstico según corresponda sufriera un estado de Invalidez Total Temporal, la Compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la indemnización mensual de esta cobertura por un período que no excederá del período máximo de cobertura especificado en la carátula o el certificado correspondiente, contados desde la fecha del accidente o del primer pago en caso de enfermedad, según corresponda.

Elegibilidad. Son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por accidente o enfermedad las personas que a la fecha de ocurrencia de la invalidez sean trabajadores sin un contrato por tiempo indeterminado, comerciantes ó profesionistas, que laboren en forma independiente y perciban un ingreso por dicho trabajo. (Autoempleados).

En caso de que durante la vigencia de la cobertura del certificado individual, el Asegurado cambie su carácter de Autoempleado por el de Empleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Invalidez Total Temporal y le será aplicable la Cobertura por Desempleo, siempre y cuándo cumpla con la elegibilidad correspondiente para la cobertura de Desempleo.

Período de Carencia de Beneficios por Invalidez Total Temporal por Enfermedad. Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia del certificado individual y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El período de carencia del beneficio por Invalidez Total Temporal es de 30 días.

Este periodo no aplica en caso de Invalidez Total Temporal por Accidente.

Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Invalidez Total Temporal por Enfermedad (Deducible de Invalidez por Enfermedad). Se define como el período de 30 días posterior inmediato a la Invalidez Total Temporal por enfermedad para que comience el beneficio estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y hasta el período máximo de beneficio estipulado.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Invalidez Total Temporal por Accidente (Deducible de Invalidez por Accidente). Este periodo no aplica para el caso de Invalidez Total Temporal por accidente.

Comprobación del estado de Invalidez Total Temporal. Para presentar la reclamación del pago de la indemnización mensual por Invalidez Total Temporal, la Compañía solicitará la información y documentación siguiente:

- Dar aviso a la Compañía de manera inmediata del estado de Invalidez Total Temporal.
- Presentar los documentos que solicite la Compañía para demostrar el estado de Invalidez Total Temporal, y que contemple la explicación de los motivos que originaron el estado de Invalidez Total Temporal.

Indemnización. Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total Temporal durante la vigencia de esta póliza y/o certificado individual y permanece así por un periodo que exceda el deducible o periodo de espera, la Compañía pagará al contratante la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por cada plazo de tiempo estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado que el Asegurado permanezca en un estado de Invalidez Total Temporal, Si en la carátula de la póliza y/o

certificado no se contempla la indemnización que deba recibir el asegurado por este beneficio, la responsabilidad máxima de la Compañía será de un mes por evento y solo se cubrirán durante la vida del crédito 3 eventos que sean distinto y no tengan relación, ni continuidad alguna.

La responsabilidad de la Compañía termina una vez que se agote el periodo máximo de la cobertura contratada, para este beneficio o una vez que el Asegurado no se encuentre en un estado de Invalidez Total Temporal, lo que ocurra primero.

En caso de que se agote el periodo máximo de beneficio estipulado en el certificado correspondiente deberán transcurrir, para que quede reinstalado los periodos siguientes:

- En Reclamo de Invalidez por siniestros derivados de diferente causa. Un plazo de 1 mes para Invalidez Total Temporal generada por una causa distinta a la del siniestro anterior, contado a partir de la fecha en que la Compañía hubiese cubierto el último pago.
- En Reclamo de Invalidez después de haber reclamado Desempleo. El plazo entre los siniestros será de 6 meses contados a partir de la fecha en que la Compañía hubiese cubierto el último pago
- En Reclamo de Invalidez por siniestros derivados de una misma causa, o sus extensiones. Sólo se paga hasta por el plazo máximo de beneficio estipulado en el certificado por un único periodo.

Adicionalmente a los periodos mencionados el certificado deberá estar vigente.

Para los efectos de esta Póliza, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado.

Padecimiento Preexistente. Es aquel que:

- Con anterioridad a la celebración del contrato de seguro se haya declarado la existencia de la enfermedad o padecimiento, mediante un diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o por medio de pruebas de laboratorio y/o gabinete y/o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
- Que previo a la celebración del contrato de seguro, se hayan realizado gastos, comprobables documentalmente y que dichos gastos hayan sido utilizados para recibir tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Cuando la Compañía cuente con las pruebas documentales de que el asegurado haya realizado gastos para recibir un diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o padecimiento de que se trate, la Compañía tendrá el derecho de solicitar al asegurado los resultados y/o soporte del diagnóstico y/o tratamiento recibido y/o en su caso, el expediente médico o clínico, por lo que el asegurado estará obligado a entregarlos, para resolver la procedencia o no de su reclamación.

El reclamante podrá optar, en caso de que notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía por motivo de padecimientos preexistentes, en acudir ante un arbitraje independiente. El trámite de arbitraje será gratuito para el asegurado. Dicho arbitraje puede ser propuesto ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por lo que las bases del mismo, en su caso, las fijará dicha autoridad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Esta cobertura no ampara:

- **Servicio militar, o las lesiones producidas por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, y los ocasionados como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.**
- **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- **Lesiones auto inflingidas por parte del Asegurado, o que ocurran en estado de enajenación mental, sonambulismo, o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa.**
- **Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participar el asegurado directamente en actividades como:**
 - **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 - **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - **Conductor o pasajero de motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**
 - **Prácticas, ya sea profesional o eventualmente, de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier otro tipo de deporte aéreo.**

- **Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.**
- **Como resultado de métodos o tratamientos para el control de la natalidad.**
- **Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes.**
- **Las lesiones producidas cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, cuando sean consecuencia de culpa grave del propio asegurado.**
- **Padecimientos preexistentes.**
- **Dolores de espalda, salvo que existan evidencias por medio de estudios médicos (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de Incapacidad Temporal.**
- **Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aun cuando existan evidencias médicas.**
- **Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por un médico.**
- **Se excluye a las personas que sean empleados por Contrato definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un patrón.**

En caso de renovación del certificado, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia del certificado por primera vez con la Compañía.

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 11 de Octubre de 2012, con el número BADI-S0050-0067-2012.

• Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, ponemos a su disposición el Aviso de Privacidad que a continuación se detalla:

1. DATOS QUE SE TRATARÁN:

Los datos personales que podrán ser tratados por Seguros Banamex, incluyendo los sensibles; son los siguientes:

TIPO DE DATOS	DATOS SENSIBLES
IDENTIFICACIÓN	NO
LABORALES	NO
PATRIMONIALES	NO
DE SALUD	SÍ
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	SÍ
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	SÍ

Los datos señalados dependerán de la operación que usted solicite o celebre con la institución.

2. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS:

Las finalidades del tratamiento son:

- Finalidades necesarias:**
Los datos recabados serán utilizados para los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en las condiciones generales del producto contratado y las leyes en la materia, en su caso, para evaluar su solicitud de seguro, tramitar sus reclamaciones, cobrar, operar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, análisis estadísticos y participación en encuestas sobre el servicio proporcionado; así como para selección de riesgos y prevención de fraudes.
- Finalidades no necesarias:**
Para prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos relacionados con el Grupo Financiero Banamex.

Procedimiento para manifestar su negativa sobre finalidades no necesarias para la relación jurídica:

El mecanismo para manifestar su negativa al uso de finalidades no necesarias descritas anteriormente, se llevará a cabo mediante un escrito libre o mediante el formato de ayuda publicado en www.segurosbanamex.com, en el cual deberá manifestar su negativa a dicho tratamiento, y enviarlo a la dirección de correo electrónico protecciondedatosb@citibanamex.com, indicando su nombre completo, fecha de nacimiento o RFC y número telefónico.

3. TRANSFERENCIA DE DATOS

Seguros Banamex no transfiere ni comparte datos de sus clientes con terceros para fines ajenos a los estipulados en este aviso de privacidad, ni para comercialización de productos ajenos al Grupo Financiero. Sólo realiza transferencias a entidades de gobierno a fin de dar cumplimiento a requerimientos y disposiciones oficiales y en su caso, a aquellos proveedores que resulten necesarios para la atención del servicio requerido por el titular, derivado del contrato de seguro. Así mismo, en su caso, a integrantes del Grupo Financiero Banamex para campañas de prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos propios del Grupo. Y a integrantes del sector asegurador para selección de riesgos y prevención de fraudes.

4. MEDIOS Y PROCEDIMIENTO PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN)

- Módulo de Atención Personalizada ubicado en las oficinas de Seguros Banamex en Venustiano Carranza No. 63, Centro Histórico, Ciudad de México, C.P. 06000, Delegación Cuauhtémoc.
- Escribiendo al correo electrónico protecciondedatosb@citibanamex.com

En los medios antes mencionados, deberá presentar a través de un escrito libre o del formato de ayuda publicado en www.segurosbanamex.com.mx en la sección Aviso de Privacidad, su solicitud de ejercicio de derechos ARCO, cumpliendo con lo siguiente:

REQUISITOS PARA EJECER SUS DERECHOS ARCO:

- Escrito libre que incluya una descripción detallada del derecho que desea ejercer, el cual deberá contener el nombre completo del solicitante, fecha de nacimiento, RFC, domicilio, teléfono, correo electrónico y de preferencia su número de póliza, o también, podrá apoyarse en el formato publicado en www.segurosbanamex.com dentro del apartado de Aviso de Privacidad.
- Proporcionar un medio de respuesta, ya sea un correo electrónico o correo postal. (Opciones descritas posteriormente)
- Copia de Identificación Oficial del Titular*
- En el caso de ejercer el Derecho de Rectificación, la carta deberá indicar el número de **PÓLIZA** que se va a modificar, el dato o datos a corregir, mencionando cómo aparecen actualmente y cómo deben aparecer. Este trámite deberá ir acompañado de copia del documento oficial que avale la nueva información.
- Si el trámite es a través de un representante, también deberá incluir la acreditación de dicha representación, mediante una carta poder firmada ante dos testigos o poder otorgado ante Fedatario Público, así como la identificación oficial* del representante.

PLAZOS:

- 5 días hábiles, en caso de que Seguros Banamex requiera información adicional a la solicitud presentada.
- Usted contará con 10 días hábiles para proporcionar lo solicitado por Seguros Banamex; en caso de no proporcionar dentro del plazo la información solicitada a usted, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente.
- 20 días hábiles para que Seguros Banamex emita una respuesta, y posteriormente 15 días hábiles a la notificación de la respuesta para hacer efectivo el derecho solicitado.
- En su caso, 5 días hábiles posteriores a la obtención de los datos para notificar por escrito la negativa de uso para los tratamientos no necesarios, en caso contrario se entenderá por autorizado.

MEDIOS PARA DAR RESPUESTA:

Los medios que Seguros Banamex pone a su disposición para dar respuesta a las solicitudes presentadas serán las siguientes:

- Correo electrónico.** La solicitud deberá incluir el correo electrónico al cual desea recibir la respuesta.
- Correo postal.** Dentro de la solicitud deberá especificar el domicilio completo incluyendo código postal al cual se entregará la respuesta.

El medio de respuesta a la solicitud presentada por usted, siempre deberá de especificarse en dicha solicitud, ya que de no cumplir con este requisito, se tendrá por no presentada, dejando constancia de ello (Art 24 LFPDPPP).

Para solicitudes de DERECHO DE ACCESO:

Para estas solicitudes el medio de reproducción a través del cual se proporcionará la información será en copias simples a través del medio solicitado, es decir; por correo electrónico el envío se realizará a la cuenta de correo proporcionada por el titular, incluyendo un archivo con la información solicitada y en caso de correo postal, el envío se realizará a través de correo certificado con las copias simples de la información.

5. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO DE DATOS

El procedimiento para revocar el consentimiento sobre el tratamiento de los datos será de la misma forma al establecido en el apartado de los requisitos para ejercer los derechos ARCO y a través de los mismos medios.

6. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

También podrá limitar el uso de sus datos personales a través de la:

- Inscripción en el Registro Público de Usuarios (REUS) conforme a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Estas inscripciones deberán realizarse por el titular. El costo que se llegará a generar por el uso de los medios descritos en este apartado, deberán ser cubiertos por el titular de los datos.

Adicionalmente, si no desea recibir información publicitaria de productos de Seguros Banamex vía telefónica, se pone a su disposición la inscripción en la base de **REUS INTERNO de Seguros Banamex**, el cual podrá realizarse por medio de un escrito dirigido al correo electrónico protecciondedatosb@citibanamex.com indicando nombre completo y número(s) telefónico(s) a inscribir (a 10 posiciones).

7. MECANISMOS REMOTOS

Seguros Banamex no hace uso de cookies, web beacons u otras tecnologías de rastreo similares para almacenar o recabar datos del cliente.

Cookies: Archivo de datos que se almacena en el disco duro del equipo de cómputo o del dispositivo de comunicaciones electrónicas de un usuario al navegar en un sitio de internet específico, el cual permite intercambiar información de estado entre dicho sitio y el navegador del usuario. La información de estado puede revelar medios de identificación de sesión, autenticación o preferencias del usuario, así como cualquier dato almacenado por el navegador respecto al sitio de internet.

8. CAMBIOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD

Todos los cambios realizados al presente Aviso de Privacidad serán informados a través de la publicación en la página de Seguros Banamex en www.segurosbanamex.com en el apartado Aviso de Privacidad.

Si usted presume que existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares podrá acudir al Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (IFAI).

Se establecerán las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas que nos permitan proteger sus datos contra un tratamiento distinto a los antes señalados.

* Credencial para votar emitida por el Instituto Federal Electoral (IFE), Instituto Nacional Electoral (INE) o por el Instituto Electoral Estatal (IEE) **vigente y actualizada**. Pasaporte emitido por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), Documento Migratorio (FM2 o FM3) completo o Cédula Profesional.

APRECIABLE CLIENTE:

Es importante que usted sepa a qué tiene derecho:

Antes de la contratación de su seguro, a:

- Solicitar al ejecutivo una identificación que lo acredite como representante de BANAMEX y/o SEGUROS BANAMEX
- Elegir qué producto o servicio desea contratar y que éste se adapte a sus necesidades, debiendo analizar el costo del(los) seguro(s) en los que podría estar interesado
- Recibir asesoría sobre cualquier duda o aclaración que tenga del producto, por lo que se le deberá proporcionar información clara, verídica y oportuna
- No ser condicionado a contratar un producto financiero por la adquisición de algún seguro

Durante la contratación de su seguro, a:

- Recibir Condiciones Generales y Carátula de Póliza a fin de que conozca a detalle las coberturas, los beneficios, Sumas Aseguradas, proceso para pago de siniestro, exclusiones del seguro contratado, así como la forma de terminación del contrato
- Solicitar por escrito a la institución, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario por su intervención en la celebración del contrato de seguro
- Recibir un trato amable, respetuoso e igualitario, por parte del personal de la Institución con la que trate
- Si no existiera concordancia entre lo inicialmente ofrecido y la Póliza definitiva, puede solicitar la corrección de la divergencia existente, dentro de un plazo de un mes, a partir de la entrega de la Póliza
- La cancelación de su Póliza en cualquier momento
- Acceder a todos los medios de contacto de la Institución
- La protección de sus datos personales conforme al aviso de privacidad que puede consultar en segurosbanamex.com

Al momento de ocurrencia del siniestro, a:

- Recibir un trato amable, respetuoso e igualitario, por parte del personal de la Institución
- Recibir oportunamente el pago de las prestaciones procedentes en función de la Suma Asegurada y si el pago no es oportuno, recibir por parte de la Institución una indemnización adicional por concepto de mora
- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en su Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no haya pagado la prima en este periodo
- En caso de inconformidad con el tratamiento de su siniestro, puede presentar una reclamación ante la Aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales
- A solicitar a la CONDUSEF un dictamen técnico, en caso de que las partes no se hayan sometido a su arbitraje
- Conocer si es beneficiario en una Póliza de Seguro de Vida, a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida), herramienta de la CONDUSEF
- La protección de sus datos personales conforme al aviso de privacidad que puede consultar en segurosbanamex.com

Para reportar un siniestro, solicitar asistencia, aclarar cargos, cancelar tu seguro, pedir algún trámite, asesoría o levantar una queja comunícate al (01 55) 1226 8100 desde la CDMX o 01800 226 2639 desde el extranjero o a través de nuestra página www.segurosbanamex.com. Los horarios de atención telefónica son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Si deseas manifestar alguna inconformidad del servicio, atención, producto, asesoría, aclaración, etc. dirígete a la UNE (Unidad Especializada de Seguros Banamex) al 5062 6723 desde la CDMX, al (01 55) 5062 6723 desde el interior de la república, vía correo electrónico: sbaunecond@citibanamex.com o directamente en Venustiano Carranza 63, Centro Histórico, Cd. De México, Del. Cuauhtémoc, C. P. 06000. Los horarios de atención telefónica son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m o dirígete a la CONDUSEF a través de su página www.condusef.gob.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 04 de Enero de 2017 con el número RESP-S0050-0002-2017/G00426001.