

Contenido de la Póliza (Artículo 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”.

CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULA 1ª. OBJETO. La compañía se obliga durante la vigencia de esta póliza a realizar el pago de la suma asegurada contratada en caso de muerte o invalidez total y permanente, cuando esta última sea contratada y se refleje en el certificado individual respectivo, al beneficiario preferente e irrevocable, designados por la persona asegurada.

Lo anterior de acuerdo con la solicitud, a el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s) y a las demás declaraciones, así como a los términos y condiciones que deberán cumplirse en el presente contrato de seguro.

Para efectos del presente contrato de seguro, la suma asegurada tanto para el riesgo de muerte, como para el de invalidez total y permanente en caso de que esta última haya sido contratada y se refleje en el certificado individual será el pago del saldo insoluto del contrato del crédito que tiene(n) celebrado el asegurado con el contratante de esta póliza.

CLÁUSULA 2ª. CONTRATANTE. Es la persona que ha solicitado la celebración del contrato de seguro de grupo con la Compañía, y que se compromete a recabar la información y/o documentación necesaria para el aseguramiento a que se refiere la presente póliza, así como a enterar a la Compañía las cantidades de dinero que en concepto de primas recibe, en su caso, de las personas que conforman el Grupo asegurado.

El contratante de este contrato de seguro es _____.

CLÁUSULA 3ª. CONTRATO. Es el acuerdo de voluntades por medio del cual la Compañía de Seguros se obliga a cambio del pago de una prima, a pagar una suma asegurada de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el propio contrato.

La póliza, el registro de asegurados, la solicitud, el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s), el pago de la prima, los certificados individuales y cláusulas adicionales que se agreguen a través de endosos, así como cualquier otro documento en el que se utilice en la contratación, constituyen testimonio del contrato de seguro.

CLÁUSULA 4ª. PLAZO DEL SEGURO. Se entenderá que el plazo del seguro será el establecido en la carátula de póliza y/o en el certificado individual, el cual entra en vigor a partir de la fecha de expedición de la presente póliza o desde el momento en que el Contratante tenga(n) conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la Compañía.

CLÁUSULA 5ª. DEUDORES ASEGURADOS. El(Los) Asegurado(s) deberá(n) otorgar su consentimiento por escrito al Contratante antes o en el momento de la firma del contrato de crédito que celebre(n) con éste, para que en su defecto, contrate por su cuenta el seguro respectivo, quedando automáticamente asegurado desde el momento en que se efectúe la operación de crédito por la que resulte deudor.

La Compañía podrá no conceder el seguro por nuevos créditos otorgados por el Contratante, informándole a dicho Contratante por escrito con por lo menos treinta días de anticipación.

GRUPO ASEGURADO

La compañía pagará al beneficiario preferente e irrevocable el saldo insoluto del crédito en Moneda Nacional (PESOS) al verificarse la eventualidad prevista y en su caso contratada, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza y el pago de las primas correspondientes a:

- El (Los) titular (es) del (os) crédito (s) otorgados.
- Cónyuges, Coacreditados y/o deudores solidarios de los créditos siempre y cuando estos, hayan comprobado ingresos.

Las personas antes mencionadas deberán otorgar ante el Contratante su consentimiento para estar asegurado, de lo contrario no pertenecerán Grupo.

CLÁUSULA 6ª. PRIMAS. El Contratante será el responsable ante la Compañía del entero de las cantidades de dinero que en concepto de primas reciba del Grupo asegurado, por cada uno de los participantes.

Las primas convenidas deberán pagarse en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente.

El contratante deberá pagar la prima, según quede establecido en la caratula de la póliza, el cual podrá establecerse de manera mensual, trimestral o semestral o pago único.

CLAUSULA 7ª MONEDA. Todas las entregas de dinero relativos a este contrato por parte del Contratante o de la Compañía, deberán efectuarse en Moneda Nacional, en la fecha en que se realice el pago.

CLÁUSULA 8ª. NOTIFICACIONES. Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social. Las que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que de ella conozca.

CLÁUSULA 9ª. SUICIDIO. En caso de muerte por suicidio del Asegurado ocurrido durante de los dos primeros años de vigencia de que éste haya ingresado a la póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado físico o mental del Deudor Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

CLÁUSULA 10ª. BENEFICIARIOS. El Contratante es el beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es el de garantizarle el pago de la suma asegurada contratada al ser procedente el pago del seguro.

CLÁUSULA 11ª. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO. La Compañía tiene derecho de solicitar al asegurado y/o al beneficiario de esta póliza toda clase de información y/o documentación que estén relacionados con el siniestro.

De manera enunciativa mas no limitativa los documentos que se deberán presentar para el siniestro son:

COBERTURA DE MUERTE	COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
1. Formatos de Reclamación debidamente requisitados (Los otorga la compañía)	1. Formatos de reclamación debidamente requisitados (Los otorga la compañía)
2. Acta de Nacimiento del asegurado siniestrado (Original o copia certificada)	2. Acta de Nacimiento del asegurado siniestrado (Original o copia certificada)
3. Acta de Defunción (Original o copia certificada)	3. Dictamen de invalidez total y permanente del Asegurado siniestrado expedido por (seleccionar alguno)
4. Escritura de Apertura de Crédito	3.1. IMMS. <ul style="list-style-type: none"> • Forma MT-3 o ST-3 por accidente (Original y copia certificada) • Forma MT-4 o ST-4 por accidente (Original y copia certificada)
5. En su caso, copia de Convenio Modificadorio del Crédito Original. (Copia simple)	3.2. ISSSTE. <ul style="list-style-type: none"> • Original O copia del formato utilizado por el ISSSTE
6. En caso de Muerte Accidental (Homicidio o Suicidio): Acta del Ministerio Público con las actuaciones completas en copia certificada de: <ul style="list-style-type: none"> • Averiguaciones previas • Identificación del cadáver • Parte de tránsito (en caso de aplicar) • Práctica y resultado de la necropsia • Estudio y resultado toxicológico 	3.3. MÉDICO PARTICULAR. <ul style="list-style-type: none"> • Historia clinica completa y detallada • Estudios médicos practicados completos
En caso de fallecimiento en el extranjero, se requiere: Documento de defunción [Acta o certificado del país donde sucedió el siniestro. (Original o copia certificada)] En caso de que el acta se haya emitido en país extranjero, la apostilla emitida por el consulado en México (Original o copia certificada)	4. En todos los casos: copia simple de expedientes clínicos
	5. Escritura de apertura de Crédito (Copia fotostática)
	6. Convenios modificadorios de apertura de crédito. (copia fotostática)
	7. Ultimo comprobante de ingresos previo al estado de Invalidez

CLÁUSULA 12ª. PAGO DEL SEGURO. El importe del seguro se pagará al Contratante previa comprobación de la muerte o incapacidad total y permanente (si se contrató el beneficio) del Deudor Asegurado.

La Compañía estará obligada a pagar el importe del seguro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido toda la información y/o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación

El pago de una de las coberturas, automáticamente excluye la demás contratadas

CLAUSULA 13ª 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.

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

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

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen

indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

CLÁUSULA 14ª. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

CLÁUSULA 15ª. COMPETENCIA. En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Unidad Especializada Atención de consultas y Reclamaciones de esta institución o en su caso ante Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en la delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del asegurado, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer a su elección 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.

CLÁUSULA 16ª. 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 esta Institución de Seguros.

CLÁUSULA 17ª. EDAD. La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía. Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en el certificado respectivo y ya no podrá exigir nuevamente su comprobación o nuevas pruebas.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos al momento de formar parte del grupo asegurado.

Solamente pueden ser aseguradas las personas cuya edad se encuentre dentro de los límites fijados en la carátula de la póliza. En caso de no mencionarse en dicha carátula el límite mínimo será de :

Cobertura por Muerte

Mínimo 18 años (Dieciocho) años.

Máximo 95 (noventa y cinco) años

Cobertura por Invalidez Total y Permanente

Mínimo 18 (dieciocho) años

Máximo de 65 (sesenta y cinco) años

Cuando de la comprobación de la edad resulte:

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

a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. En su caso las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado.

c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta a la manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

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

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

CLÁUSULA 18ª. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO. Los miembros que ingresen al grupo, quedarán asegurados, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad a que se refiere la presente póliza, hasta el máximo de la suma asegurada en Moneda Nacional.

CLÁUSULA 19ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO RESPECTO A CADA DEUDOR ASEGURADO. La responsabilidad de la Compañía respecto a cada asegurado cesará cuando:

a) Se haya pagado el crédito.

b) Se haya traspasado el crédito con el consentimiento expreso del Banco. En estos 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.

d) El pago de la indemnización correspondiente por cualquiera de las coberturas contratadas a alguno de los asegurados.

e) A solicitud del Contratante

CLÁUSULA 20ª. REHABILITACIÓN. En caso de que por falta de pago de primas, el contrato o los certificados emitidos durante su vigencia, cesaran sus efectos, el Asegurado podrá ingresar nuevamente al grupo asegurado, poniéndose al corriente en el pago de sus primas.

CLÁUSULA 21ª. CAMBIO DE CONTRATANTE. 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, 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.

II. La aseguradora podrá, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato 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 del Seguro de Grupo para la Operación de Vida.

CLÁUSULA 22ª. REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA. Los Conceptos contemplados en la suma asegurada podrán ser los siguientes:

Saldo insoluto del crédito en Moneda Nacional (PESOS) al momento de la reclamación, registrado en cuentas de activo, el cual se integra de los siguientes rubros, mismos que dependiendo de su registro contable puede ser vigente o vencido:

*Saldo del crédito

*Intereses ordinarios

*Capital

*Margen diferido

- *Actualización del margen diferido
- *Importe de comisión
- *Saldo del diferimiento
- *Actualización del diferimiento
- *Otros especificados en el certificado o carátula de la póliza.

Se entiende como saldo insoluto: significa el importe de la suerte principal del Crédito que el Asegurado adeude al Banco que otorgo el crédito, sin incluir intereses devengados y no pagados, ni cualquier otro accesorio.

Es obligación del contratante considerar en el pago mensual de la prima los conceptos antes precisados, para cada uno de los participantes asegurados.

No se amparan en esta póliza:

- a) Intereses moratorios
- b) Gastos de cobranza
- c) Gastos de juicio
- d) Primas de seguros
- e) Cualquier concepto diferente al que expresamente se contempla en el contenido de la póliza.

Esquema de pagos mínimos equivalentes a rentas: La suma asegurada será el 65% del saldo adeudado del crédito, más un porcentaje estimado de inflación proyectado por los seis meses siguientes.

Créditos otorgados a ex empleados del Contratante: La suma asegurada será el saldo insoluto del crédito.

Sumas aseguradas especificadas en la carátula: Aquellas que se especifiquen expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado que tengan en garantía un bien inmueble.

CLÁUSULA 23ª. 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.

CLAUSULA 24ª DERECHO DE ASEGURADO Y CAUSAHABIENTES. El asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza

La Compañía se obliga a notificar al asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

Tanto el asegurado como beneficiarios están obligados a informar a la Compañía su domicilio, para que llegado el caso, esta, les notifique las decisiones señaladas en párrafo anterior.

CLAUSULA 25ª OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. Será obligación del contratante dar aviso o remitir información periódica a la Aseguradora, respecto de lo siguiente:

- I. El ingreso al Grupo de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos.
- II. La separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado;
- III. Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- IV. Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.
- V. El contratante entregará a la Compañía una relación del registro de asegurados, a través de cualquier medio, la cual deberá contener cuando menos por crédito el nombre(s) del(os) participante(s), edad(es) o R.F.C. o fecha de nacimiento del(os) participante(s), fecha de otorgamiento del crédito, suma asegurada, importe de la prima (separada por beneficio base y en su caso por los beneficio(s) adicional(es) opcional(es)) y número de crédito

BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

CLÁUSULA 26ª. VIGENCIA. Este beneficio estará vigente mientras el deudor Asegurado no haya alcanzado la edad de 70 años. Este beneficio opera únicamente si en la carátula de la póliza se estableció la leyenda de BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, de lo contrario dicho beneficio no fue contratado y por lo tanto no existe obligación de pago por parte de la Compañía.

CLÁUSULA 27ª. INVALIDEZ. Para efectos de este contrato se considerará que existe invalidez cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

El Deudor 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 las mismas (ambas), o la pérdida conjunta de una mano completa y un pie, o una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no operará el período de espera.

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

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); 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 carátula de la póliza. En caso de no mencionarse en dicha carátula el límite mínimo es 18 años y máximo hasta un día antes en que el deudor asegurado cumpla 70 años. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

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

No se consideran como ingresos para efectos de este contrato, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa o cualquier otro de naturaleza similar en el cual el asegurado no vea mermado su ingreso por motivo de la invalidez cubierta en esta póliza

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, 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 el costo correspondiente.. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

CLÁUSULA 28ª. BENEFICIO. La Compañía conviene en pagar al beneficiario irrevocable la suma asegurada pactada, cuando el Asegurado haya quedado invalidado total y permanentemente, en los términos y condiciones descritos en la cláusula anterior

Cuando la invalidez sea a consecuencia de cualquiera de las pérdidas orgánicas mencionadas anteriormente, el pago de la suma asegurada contratada será de inmediato, una vez comprobada ante la Compañía la pérdida orgánica mencionada.

El periodo de espera contemplado en el primer párrafo de la cláusula anterior no será necesario agotarlo, si a juicio de la Compañía determina que el estado de invalidez del asegurado es irreversible.

CLÁUSULA 29ª. PRUEBAS. Para que la Compañía conceda el beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente, también deberá acreditar que previo a la fecha de determinación de su estado de invalidez mantenía un trabajo remunerativo u ocupación de la que derivaba alguna utilidad pecuniaria, compatible con sus conocimientos y posición social. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en el certificado.

CLAUSULA 30ª PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Se consideran padecimiento preexistentes aquellos 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.

CLÁUSULA 31ª. EXCLUSIONES PARA EL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio deudor Asegurado.**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos cometidos por el propio deudor Asegurado.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de Compañía comercial autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) Padecimientos Preexistentes**
- i) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.**
- j) Accidentes o Lesiones que sufra el deudor Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas que no hayan sido prescritas por un médico, siempre que estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo.**

CLÁUSULA 32ª. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 17, 18 Y 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO.

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 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.

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 18 de octubre de 2012, con el número CNSF-S0050-0333-2012.

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-S0050-0333-2012 / CONDUSEF-000906-01

- 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.

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 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 causas no previstas en el artículo 47 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. Primas. El plazo del presente Contrato será de 5 años.

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

El importe total de la prima se realizará en una sola exhibición

Vencimiento. La prima vence al momento de la celebración del Contrato.

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 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.

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.

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

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 fijados por la Compañía son: 18 (dieciocho) años como mínimo, 60 (sesenta) años como máximo.

PROCEDIMIENTOS APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO E INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Beneficiarios. El Asegurado designa como beneficiario preferente e irrevocable a la (s) persona (s) consignadas en el certificado individual correspondiente, por lo que toda indemnización, que se realice bajo las coberturas otorgadas serán realizadas a dichos beneficiarios

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 entrega 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.

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

- a) Se haya traspasado el crédito con el consentimiento expreso del Banco. En estos 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.
- b) El pago de la indemnización correspondiente a alguno de los Beneficiarios.
- c) A solicitud del Contratante

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 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.

BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Desempleo ó Invalidez Total y Temporal, según consta en la carátula del certificado. Este beneficio se contrata mediante la obligación de pago de prima adicional correspondiente según consta en la carátula del certificado.

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 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 periodo de vigencia del presente seguro, dejando por lo tanto de percibir contraprestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado, por lo que la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el periodo máximo estipulado en la carátula o el certificado de la póliza para este beneficio.

El periodo de beneficios para esta cobertura es hasta de 6 meses por evento y máximo tres eventos distintos durante la vigencia de la póliza. Deben transcurrir, por lo menos 1 año ininterrumpido de trabajo entre uno y otro evento, y se cumplan además con los requisitos establecidos en la cláusula de Elegibilidad, para que proceda el pago que en su caso corresponda.

Elegibilidad. Sólo son elegibles para la cobertura de Desempleo las personas que a la fecha de ocurrencia del desempleo:

- a) Estén empleados por Contrato por tiempo indeterminado y con carácter de definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un Patrón;
- b) Trabajen para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes; y
- c) Doce meses de continuidad laboral hasta con un máximo de 15 días de interrupción. 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 60 días.

Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Desempleo (Deducible por Desempleo). Se define como el período de 30 (treinta) 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 periodo máximo de beneficio estipulado.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

Comprobación del desempleo. El asegurado gozará de un plazo máximo de cinco días para dar aviso por escrito por escrito a la Compañía de que ha perdido involuntariamente su empleo, ese plazo no correrá, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro.

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

- El aviso dentro del término establecido en la presente cláusula.
- 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 periodo de espera, la Compañía pagará al contratante la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por mes que el Asegurado permanezca desempleado, hasta por el periodo máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza o certificado correspondiente.

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 y el desempleo que se reclame sea por una causa diferente a la que se haya pagado.

La responsabilidad máxima de la Compañía en caso de reinstalación será hasta 18 pagos.

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 o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado, o en el caso de abandono de la fuente de trabajo.
- 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.
- La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el Patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 51 y sus fracciones de la Ley Federal del trabajo.
- Se excluyen a las personas que sean trabajadores, comerciantes ó profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (Autoempleados); o se encuentren recibiendo alguna indemnización por la cobertura de Invalidez Total Temporal.
- Cuando no hayan solicitado el reingreso 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 precedente.
- 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 con 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.
- Se excluyen los montos de intereses moratorios y pagos que no correspondan a la fecha de desempleo.
- Los contratos de prestación de servicios profesionales o personas que reciban ingresos a través de honorarios.

BENEFICIO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Invalidez Total Temporal. El objeto del presente beneficio es cubrir las amortizaciones a cargo del asegurado del crédito otorgado por el contratante, al decretarse una Invalidez Total Temporal por accidente o enfermedad, a partir de la fecha en que se que acredite dicha Invalidez Total Temporal, por lo que la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el período máximo estipulado en la carátula o el certificado de la póliza para este beneficio.

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 recluso 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 (diez) 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.

El período máximo de cobertura es hasta de 6 meses por evento y máximo tres eventos distintos durante la vigencia de la póliza. Deben transcurrir sin que el asegurado sufra un estado de invalidez total temporal por lo menos 1 año ininterrumpido entre uno y otro evento, y se cumplan además con los requisitos establecidos en la cláusula de Elegibilidad, para que proceda el pago que en su caso 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. 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 60 (sesenta) días.

Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Invalidez Total Temporal (Deducible de Invalidez). Se define como el período de 30 días posterior inmediato a la Invalidez Total Temporal 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 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 periodo de espera, la Compañía pagará al contratante la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por cada mes que el Asegurado permanezca en un estado de Invalidez Total Temporal, hasta por el periodo máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza o certificado correspondiente.

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 período 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.
- En reclamo de Invalidez después de haber reclamado Desempleo. El plazo entre los siniestros será de 6 meses.
- 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.

La responsabilidad máxima de la Compañía en caso de reinstalación será hasta 18 pagos mensuales.

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:

- 1. Servicio militar, o las lesiones producidas por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, y los ocasionados como consecuencia de rebelión, sedición, motín y tumulto popular.**
- 2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- 3. 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.**
- 4. 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.**
- 5. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 6. Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.**
- 7. Como resultado de métodos o tratamientos para el control de la natalidad.**
- 8. Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes.**
- 9. 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.**
- 10. Padecimientos preexistentes.**
- 11. Dolores de espalda, salvo que existan evidencias por medio de estudios médicos (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C.) y que sean causantes de Incapacidad Temporal.**
- 12. Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aun cuando existan evidencias médicas.**
- 13. Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por un médico.**
- 14. Se excluye a las personas que sean empleados por Contrato definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un patrón; o no estén recibiendo alguna indemnización por la cobertura de Desempleo.**
- 15. Se excluyen los montos de Intereses moratorios y pagos que no correspondan a la fecha de invalidez.**

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 12 de Febrero de 2013, con el número BADI-S0050-0086-2012/G00457001.

- 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

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 EJERCER 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.