

REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA

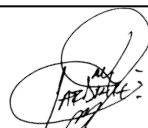
BENEFICIARIO DESIGNADO

NOMBRE	%	PARENTESCO	DIRECCIÓN	IRREVOCABLE	FECHA DE NACIMIENTO

Advertencia: 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 nombra 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.

CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA	LÍMITE MÁXIMO DE EDAD PARA INGRESAR A LA COLECTIVIDAD
--	---

Seguros Banamex, S.A. de C.V. (la Compañía), se obliga a pagar las sumas aseguradas correspondientes a los planes de seguro y beneficios adicionales contratados que arriba se indican, de conformidad con la solicitud y las demás declaraciones de los Asegurados y con sujeción a las condiciones generales, particulares y cláusulas contenidas en la póliza y en los certificados individuales, siempre que se encuentren en vigor al realizarse la eventualidad de la que depende el pago de la suma asegurada, señalada en la descripción del plan o de los beneficios adicionales anexos a esta póliza.

En testimonio de lo anterior, la Compañía expide y firma el presente certificado en Ciudad de México el día: Fecha	 Seguros Banamex, S.A. de C.V.
---	---

Este certificado forma parte integral de la póliza y sus condiciones generales y el mismo es la constancia de que dichas condiciones generales fueron entregadas al “ASEGURADO”.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de agosto de 2020, con el número CNSF-S0050-0097-2020/CONDUSEF-004172-06.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 17, 18 Y 21 DEL REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO Y COLECTIVO

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.

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.

Artículo 25 LSCS.- 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.

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.

REGISTRO RECAS: CNSF-S0050-0097-2020/CONDUSEF-004172-06

- Para mayor detalle de las disposiciones legales referidas en este documento puede consultar:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Las abreviaturas expresadas en el presente, pueden ser consultadas en:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Banamex.html>
- Consulte coberturas y exclusiones de este producto en:
<https://www.segurosbanamex.com.mx/SB/Condiciones-Generales-Seguros-Ligados-a-Productos-Banamex.html>

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Cd. de Méx., C.P. 03100, <https://www.gob.mx/condusef>.
Tels. 55 5340 0999 y 1 800 999 8080 - asesoria@condusef.gob.mx

UNE Seguros Banamex: Moras 850, planta baja, Colonia Acacias, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03240,
Cd. de Méx., Tel. 55 5062 6723 - sbaunecond@banamex.com

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”.

EXTRACTO CONDICIONES GENERALES.

OBJETO. La compañía se obliga durante la vigencia de esta póliza y de acuerdo a la solicitud, a el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s) y a las demás declaraciones de este contrato de seguro a brindar a la(s) persona(s) que forman el grupo asegurado, la protección sobre la vida y en su caso cuando así sea contratado por la Invalidez Total y Permanente que en los términos y condiciones establecidos en esta póliza, garantizando a Banco Nacional de México, S.A., en su carácter de beneficiario irrevocable, el pago del saldo insoluto del contrato de crédito que tiene(n) celebrado con este, a cambio del pago de la prima correspondiente.

PLAZO DEL SEGURO. El plazo del seguro será de un año, 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, siendo renovable por un plazo igual a su término de manera automática, en los mismos términos y condiciones.

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.

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.

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

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

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.

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 hipotecario.
- b) Se haya traspasado el crédito hipotecario 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 a alguno de los asegurados.
- e) A solicitud del Contratante.

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

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.

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

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

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.

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 55 1226 8100 en el D.F., o al 800 888 3676 para el resto de la República, 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 55 1226 8100 en el D.F., o al 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.

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 el párrafo anterior.

Beneficio por Fallecimiento. La Compañía pagará a la muerte del asegurado, la Suma Asegurada pactada al beneficiario designado ante la Compañía al recibir las pruebas de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura. Cualquier adeudo de prima vencida y no pagada o fracción de ésta, derivado de este contrato será deducido de la liquidación correspondiente. 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.

Pruebas para pago de Beneficio por Fallecimiento. La Compañía tendrá derecho a solicitar a el beneficiario la siguiente información o documentos relacionados con el siniestro por fallecimiento:

- a. Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
- b. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- c. Acta de Defunción (copia certificada).
- d. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada), o en su caso la Clave Única de Registro de Población (CURP).
- e. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
- f. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- g. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- h. Identificación oficial vigente (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- i. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- j. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
- k. Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

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

Beneficio para Invalidez Total y Permanente. La Compañía pagará la Suma Asegurada pactada al beneficiario inscrito en la carátula de la póliza correspondiente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente al recibir pruebas de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura.

Cualquier adeudo de prima vencida y no pagada o fracción de ésta, derivado de este contrato, será deducido de la liquidación correspondiente.

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.

Pruebas para pago de Beneficio Invalidez Total y Permanente. El Asegurado deberá entregar la documentación y acreditar ante la Compañía su estado de invalidez a través de:

- Comprobación de edad del Asegurado.
- Identificación Oficial Vigente del Asegurado.
- Copia simple del comprobante de domicilio del asegurado, cuya antigüedad no sea demás de tres meses.
- Acta de nacimiento del Asegurado
- Dictamen de invalidez total y permanente emitido por una institución de seguridad social al cual se encuentre adscrito el Asegurado titular.
- En el caso de que el asegurado no se encuentre sujeto a la seguridad social y presente para acreditar el evento amparado dictamen emitido por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

Para el caso de dictamen médico no sujeto a la seguridad social, la compañía pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura una vez transcurrido el periodo de espera de 4 meses contado a partir de la fecha de emisión del dictamen médico privado, siempre que dicho estado de invalidez continúe subsistiendo a la conclusión del periodo de espera. La compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes que considere pertinentes al Asegurado, así como solicitarle requisitos adicionales en caso de ser necesario, siendo practicados por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

Padecimiento Preexistente. Se consideran padecimientos 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.

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 relación del riesgo.**

CLÁUSULA GENERAL.

Omisiones o Declaraciones Inexactas. El contratante y/o el Asegurado, está(n) obligado(s) a declarar por escrito a la Compañía en la Solicitud del Seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

Disputabilidad. Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años, por lo que se refiere a las causales de rescisión previstas por el Artículo 47 de la Ley del Contrato de Seguro, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la

Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley para rescindir el Contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

Cláusula OFAC. 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.

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

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

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

1.1. Medios de cancelación.

1. Automática.

- Al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

2. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito, presentándolo al módulo de atención de la compañía donde después de ser identificado se le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

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

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

La devolución se estará entregando a la cuenta que se cobró dentro de los siguientes 30 días en que el cliente haya solicitado la cancelación.

3. El asegurado podrá comunicarse a los siguientes teléfonos 55 1226 8100 opción 2 o al 800 2262639 donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.