

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la carátula del certificado, **Seguros Banamex S.A de C.V.**, integrante del **Grupo Financiero Banamex** denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

DEFINICIONES

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

Asegurado. Es el titular de la cuenta de la tarjeta 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.

Pérdida orgánica. Por pérdida de un pie, una mano, o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Enfermedad cubierta. Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

Desempleo Involuntario. Se entenderá como Desempleo Involuntario a la disolución de la relación de trabajo del Asegurado, por causas no previstas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo.

Médico. Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea familiar del Asegurado.

Hospital o Sanatorio. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Universidad. Escuela reconocida por las autoridades educativas del País para impartir educación superior.

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS.

Objeto. Este seguro cubre los beneficios de Fallecimiento, Enfermedades Graves, Pérdidas Orgánicas, Desempleo o Invalidez Total y Temporal y Eventos de Vida, con las condiciones y exclusiones que en cada beneficio se establece. Este seguro cubrirá de acuerdo a las presentes condiciones generales únicamente la cuenta bancaria en la que se cargan las primas.

La designación de beneficiario a favor del acreditante de la línea de crédito, le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

Contrato de Seguro. Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante la obligación del pago de una prima, pagará 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.

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

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

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

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

Obligación del Contratante de la póliza. El Contratante sólo podrá solicitar se asegure a todas aquellas personas que reúnan las características fijadas por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro o los certificados que no se apegaron a dicha política mediante aviso por escrito al Contratante.

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

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

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

Exención de primas. La Compañía podrá al inicio o durante la vida del producto, establecer campañas promocionales para otorgar descuentos o exención en la prima.

Pagos. El pago se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la cuenta motivo del seguro. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito; crédito disponible; o cualquier situación similar.

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

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

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

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

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima mensual, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la Suma Asegurada debida al Beneficiario.

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

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.

Modificaciones y Notificaciones. Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Asegurado 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 del certificado. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

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

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 ésta lo solicite.

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

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

Límites de edad. Los límites de admisión y renovación fijados por la Compañía son: 18 (dieciocho) años como mínimo, 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

Ajuste por Edad. Para los efectos de este contrato se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de alta o renovación del Seguro.

Si la edad verdadera del Asegurado difiere de la edad declarada, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía se aplicarán las reglas contenidas en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima mínima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato;

II. Si la Empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

PROCEDIMIENTOS APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS

Beneficiarios. El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo el certificado para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

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

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

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

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

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente 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.

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 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 1226 8100 en el D.F., o al 01 800 888 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 1226 8100 en el D.F., o al 01 800 888 3676 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza, no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Transcripción de los artículos 17, 18 y 21 del Reglamento del Seguro de Grupo, aplicables a esta póliza.

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.

Renovación. Si dentro de los últimos 30 días anteriores al término de la vigencia de la póliza el Contratante o la Compañía no comunicaran su deseo de no renovar la póliza, se entenderá que la misma queda renovada automáticamente por un término igual al contratado originalmente, contado a partir de la fecha de vencimiento de la póliza y en las mismas condiciones en que fue pactado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas originalmente se mantengan y no hayan sido agravadas, siendo obligación del contratante manifestar por escrito cualquier modificación a las condiciones de riesgo originales.

En cada renovación se aplicará la prima de tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas conforme a la edad alcanzada por cada asegurado siempre y cuando dicha edad no sea mayor al límite máximo establecido en la cláusula edades de aceptación.

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

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.

BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Beneficio por Fallecimiento. El objeto del presente beneficio es el pago de la Suma Asegurada estipulada en el certificado correspondiente a los Beneficiarios designados por el Asegurado al ocurrir la muerte del mismo, en los términos y condiciones estipuladas en el presente Contrato, siempre y cuando éste se encuentre en vigor y la Compañía reciba las pruebas del fallecimiento del Asegurado.

Pago del seguro. El importe del seguro se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final del certificado.

Las Sumas Aseguradas por muerte se pagarán a los Beneficiarios designados.

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.

BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Enfermedades Graves, 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.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Beneficio de Enfermedades Graves. El objeto del presente beneficio es cubrir el saldo deudor que registre la cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro en su estado de cuenta hasta el monto máximo estipulado en el certificado individual en la fecha en que se diagnostique por primera vez la Enfermedad Grave.

Si durante la vigencia del Contrato, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves indicadas en la siguiente sección, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para este beneficio, en la carátula del certificado y de conformidad con la forma de pago descrita en la sección "Forma de Pago" y de acuerdo con las definiciones y condiciones que se precisan en esta cobertura.

Periodo de espera y Vigencia. No se hará ningún pago si la Enfermedad Grave se diagnostica por primera vez antes y durante los primeros 90 días a partir de la fecha de emisión de la cobertura, y quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) Cancelación del certificado.
- b) La muerte del Asegurado.
- c) Al final del aniversario inmediato posterior de ésta cobertura en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 (sesenta y cinco) años.

Forma de pago. La Compañía cubrirá el saldo deudor que registre la cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro en su estado de cuenta hasta el monto máximo estipulado en el certificado individual en la fecha en que se diagnostique por primera vez la Enfermedad Grave.

Se pagará al diagnóstico de la Enfermedad Grave, siempre y cuando exista el fundamento médico que la avale y de acuerdo a las definiciones y condiciones que se establecen en esta póliza.

El abono en la cuenta del Asegurado objeto del presente Contrato hará prueba del pago del siniestro por esta cobertura.

La protección del presente beneficio solamente aplicará para el primer evento reclamado y se cancelará.

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.

Enfermedad Grave. Para efectos de esta cobertura son consideradas como Enfermedad Grave, las siguientes:

- Infarto del miocardio.
- Cirugía coronaria.
- Infarto o Hemorragia cerebral.
- Neoplasia Maligna (cáncer).
- Insuficiencia Renal Crónica con Necesidad de Diálisis Renal.
- Parálisis de las Extremidades
- Transplante de un Órgano Vital durante el período de Cobertura.

INFARTO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDÍACO)

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostraciones.

Definición. Necrosis (muerte) de una porción del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área.

CIRUGÍA CORONARIA

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la práctica de la cirugía coronaria y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales.
- Implantación de la arteria mamaria interna.

Exclusiones. Están excluidos para esta enfermedad grave, los siguientes procedimientos:

- **Angioplastia coronaria transluminal percutánea.**
- **Trombolisis mediante cateterismo coronario.**

INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas.

Exclusiones. Están excluidos para esta enfermedad grave, los siguientes procedimientos:

- **Los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativa e infecciosas.**

NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER)

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que pone en peligro la vida del Asegurado y según se estipula en la cláusula "Forma de pago" de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por: crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

Exclusiones. Están excluidos para esta enfermedad grave, los siguientes procedimientos

- **Neoplasias de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos, excluye carcinoma "in situ" de cérvix uterino, vejiga, pólipos de recto y colon y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.).**

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (TERMINAL) CON NECESIDADES DE DIÁLISIS RENAL

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula “Forma de pago” de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática, o el trasplante renal.

PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada contratada a partir de la ocurrencia del evento y según se estipula en la cláusula “Forma de pago” de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. Pérdida total y permanente, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

TRANSPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL

Cobertura. Pago de la Suma Asegurada a partir de la práctica de la cirugía de trasplante como receptor y según se estipula en la cláusula “Forma de pago” de esta cobertura y de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

Definición. El que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total.

PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

Aviso de siniestro. Se deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la Compañía del diagnóstico de una Enfermedad Grave, o en todo caso, durante un período no mayor a 90 días después del diagnóstico del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

Pruebas. El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el Asegurado o Beneficiario en su caso, aporten pruebas a la Compañía que demuestren:

- La edad del Asegurado (Identificación oficial con fecha de nacimiento y fotografía), siempre y cuando no haya sido comprobada la edad con anterioridad.
- La presencia de la Enfermedad Grave en cuestión que deberá comprender el informe debidamente requisitado y firmado por el médico tratante, con el diagnóstico confirmado así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustenten dicho diagnóstico.
- Adicionalmente la Compañía se reserva el derecho de examinar a su costa al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes o el hospital utilizado.

PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Pérdidas Orgánicas, 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.

Pérdidas orgánicas a causa de accidente escala “A”.

Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas enseguida, la Compañía pagará la proporción de saldo deudor que registre la cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro en su estado de cuenta hasta el monto máximo estipulado en el certificado individual en la fecha en ocurra la pérdida orgánica.

Tabla de Indemnizaciones Escala “A”

Pérdida de:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Responsabilidad Máxima. La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

En cada aniversario de la póliza, la suma asegurada de esta cobertura específica se reinstalará de forma automática. La Compañía cubrirá únicamente las pérdidas orgánicas precisadas en esta cláusula, por lo que cualquier otra pérdida orgánica distinta a las mencionadas, no ocasionará responsabilidad alguna para la Compañía.

Las pérdidas orgánicas establecidas anteriormente deberán originarse durante la vigencia del certificado correspondiente, por lo que cualquier pérdida orgánica que el Asegurado hubiera sufrido fuera de la vigencia mencionada no estará cubierta por la Compañía.

Pruebas. La comprobación de la pérdida orgánica descrita en la cláusula anterior será por cuenta del Asegurado a la Compañía, y se le dará validez plena a dicho estado, una vez que la Compañía haya agotado los elementos de investigación necesarios, ya sea a través de documento o mediante la práctica de exámenes médicos al Asegurado.

Los exámenes médicos que practique la Compañía al Asegurado serán a costa de esta, y se encuentra facultada para solicitar elementos médicos adicionales. Los médicos que lleven a cabo los exámenes médicos mencionados, serán nombrados siempre por la Compañía.

Forma de pago. La Compañía pagará al Asegurado el importe señalado para ésta cobertura mediante abono en la cuenta objeto del presente Contrato y éste hará prueba del pago del siniestro por esta cobertura.

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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

Accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:

- a) Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- b) Conducción de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares.
- c) Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.
- d) Aviación privada.

Los siguientes eventos:

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, incluyendo suicidio sin importar el estado físico o mental del Asegurado.

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 el pago mínimo mensual que registre el estado de cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro en dicho estado de cuenta, hasta el monto máximo que se estipula en el certificado individual.

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

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

- a) Estén empleados por Contrato definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un Patrón;
- b) Trabajen para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes (excepto Empleados de Gobierno); y
- c) Hayan trabajado ininterrumpidamente al menos los 12 meses inmediatos anteriores. 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.

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

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

Indemnización. Si el Asegurado queda desempleado por causas ajenas a su voluntad durante la vigencia de esta Póliza y/o certificado y permanece así, la Compañía pagará la indemnización mensual especificada, por cada mes que el Asegurado permanezca desempleado, hasta por el período máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza o certificado correspondiente.

El pago mínimo que se considerará para efecto de indemnización de este beneficio, será aquella cantidad que resulte en la fecha de corte inmediata anterior que se refleje en el estado de cuenta de la tarjeta en la que se carga la prima, a la fecha de ocurrencia del desempleo.

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.

La Compañía pagará al Asegurado el importe señalado para ésta cobertura mediante abono en la cuenta objeto del presente Contrato y éste hará prueba del pago del siniestro por esta cobertura.

Para el caso de que sea procedente el pago de este beneficio y la suma asegurada se agote, deberán transcurrir por lo menos doce 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 24 pagos mínimos.

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.**
- **Participar en paros, disputas laborales o huelgas.**
- **Cuando el contrato se extinga como consecuencia de programas anunciados (recorte de personal) por la parte patronal, previo a la fecha de contratación del seguro por parte del asegurado.**
- **Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la Fecha de inicio de la vigencia del certificado.**
- **Terminación de un Contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.**
- **Enfermedad o Lesión del Asegurado.**

- **La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el Patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 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.**

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

BENEFICIO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad. El objeto del presente beneficio es cubrir el pago mínimo que registre el estado de cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro en dicho estado de cuenta, al decretarse una Invalidez Total Temporal por accidente o enfermedad, a partir de la fecha en que se acredite dicha Invalidez Total Temporal.

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

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

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

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

Período de Carencia de Beneficios por Invalidez Total Temporal por Enfermedad. Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia del certificado individual y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El período de carencia del beneficio por Invalidez Total Temporal es de 60 días.

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, la Compañía pagará la indemnización mensual especificada, por cada mes que el Asegurado permanezca en un estado de Invalidez Total Temporal, hasta por el período máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza o certificado correspondiente.

El pago se efectuará una vez que hayan transcurrido 30 días, a partir de que se acredite la Invalidez Total Temporal.

El pago mínimo que se considerará para efecto de indemnización de este beneficio, será aquella cantidad que resulte en la fecha de corte inmediata anterior que se refleje en el estado de cuenta de la tarjeta en la que se carga la prima, a la fecha de ocurrencia de la Invalidez Total Temporal.

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.

Si durante el periodo de pago de una Invalidez Total Temporal se modifica la naturaleza de la misma y se dictaminare un estado de Invalidez Total y Permanente solamente se pagará el periodo máximo de beneficio que se estaba ya cubriendo, dando por terminada la obligación a cargo de la Compañía.

La Compañía pagará al Asegurado el importe señalado para ésta cobertura mediante abono en la cuenta objeto del presente Contrato y éste hará prueba del pago del siniestro por esta cobertura.

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 24 pagos mínimos.

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

Padecimiento Preexistente. Se entenderán 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 terrorismo, 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 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 Invalidez 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, se encuentren recibiendo alguna indemnización por la cobertura de Desempleo.

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

BENEFICIO ADICIONAL EVENTOS DE VIDA

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio Eventos de Vida, 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.

Eventos de Vida. El objeto del presente beneficio es cubrir un pago mínimo mensual que registre el estado de cuenta de la tarjeta que presenta el cargo del seguro, al ocurrir uno de los eventos descritos en este beneficio, siempre y cuando dichos eventos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

Los eventos cubiertos son:

- **Nacimiento de un hijo.**
- **Entrada de un hijo a la universidad.**
- **Divorcio.**
- **Robo con violencia.**
- **Muerte de un familiar directo.**

Se entenderá por familiar directo padres, esposa e hijos del Asegurado.

Indemnización. El pago se realizará mediante un abono a la cuenta materia del presente Contrato con la presentación del documento oficial correspondiente que avale la ocurrencia de algún evento mencionado, por ejemplo, las actas del registro civil, las actas del ministerio público con las que se inicie una averiguación previa y comprobante de inscripción de estudios.

El abono en la cuenta del Asegurado hará prueba plena del pago del siniestro por esta cobertura.

El pago mínimo que se considerará para efecto de indemnización de este beneficio, será aquella cantidad que resulte en la fecha de corte inmediata anterior que se refleje en el estado de cuenta de la tarjeta en la que se carga la prima, a la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos.

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.

Los Eventos de Vida que están cubiertos son aquellos que ocurran durante la vigencia del presente certificado, pudiendo reclamar cada uno de los eventos por separado, pero no más de un mismo tipo de evento en un lapso de doce meses.

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 Agosto de 2010, con el número CNSF-S0050-0800-2010.

CLÁUSULA GENERAL

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

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

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

Exclusión

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

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

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

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

Cláusula de Periodo de Gracia

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 60 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 5 de Noviembre de 2013, con el número CGEN-S0050-0228-2013.

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

Aviso de Privacidad

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

1. DATOS QUE SE TRATARÁN:

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

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

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

2. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS:

Las finalidades del tratamiento son:

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

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

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

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

REQUISITOS PARA EJECER SUS DERECHOS ARCO:

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

PLAZOS:

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

MEDIOS PARA DAR RESPUESTA:

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

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

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

Para solicitudes de DERECHO DE ACCESO:

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

5. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO DE DATOS

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

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

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

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

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

Adicionalmente, si no desea recibir información publicitaria de productos de Seguros Banamex vía telefónica, se pone a su disposición la inscripción en la base de **REUS INTERNO de Seguros Banamex**, el cual podrá realizarse por medio de un escrito dirigido al correo electrónico protecciondedatosb@citiabanamex.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.