



ÍNDICE

OBJETO DEL SEGURO	2
PERIODO DE COBERTURA	2
DEFINICIONES.....	2
COBERTURAS.....	4
EXCLUSIONES GENERALES	9
PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	11
CLÁUSULAS GENERALES.....	14
CLAUSULAS OPERATIVAS	15
CLAUSULAS CONTRACTUALES.....	17



OBJETO DEL SEGURO

SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante la “Compañía”, pagará al Asegurado o a los Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado para las coberturas estipuladas en la Póliza, la suma que se estipula como beneficio de dichas coberturas, de acuerdo con los términos, exclusiones, cláusulas generales y particulares en ella contenidos.

PERIODO DE COBERTURA

El inicio y fin del período de cobertura del seguro surtirán efecto a partir de las horas del día especificados en la carátula de la Póliza.

DEFINICIONES

Accidente: Acontecimiento provocado por una causa externa súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria. No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado. En los casos de que así se acuerde mediante condiciones especiales de aseguramiento, serán considerados accidentes, aquellos eventos específicamente definidos en dichas condiciones, bastando que sean originados por una causa externa, fortuita e involuntaria, como envenenamientos, intoxicaciones o infecciones, contaminaciones.

Actividades de desempeño: Acciones o actividades que desarrolla un individuo de **manera cotidiana o esporádica**, como parte de sus obligaciones, tareas, funciones, ocupaciones, hobbies, pasatiempos, actividades recreacionales, actividades deportivas, y competiciones, que implican una exposición a un **nivel de riesgo** distinto al normal, para la salud y la vida de quienes las realizan.

Asegurado: Es la persona física amparada por el certificado individual respecto a los riesgos cubiertos por el contrato de seguro. Para efectos de esta Póliza este término se referirá indistintamente al Asegurado Titular como a los Asegurados Dependientes.

Asegurado Titular: Es el miembro de la Colectividad Asegurada en cuyo beneficio se ha contratado la Póliza por virtud de su relación con el Contratante.

Asegurado Dependiente: Es la persona que ha quedado amparada bajo esta Póliza, por virtud de su relación con el Asegurado Titular. Siendo éstos la esposa o esposo y los hijos que sean solteros y dependan económicamente del Asegurado Titular.

Beneficiario: persona o personas designadas como tal por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en el Certificado Individual y que tiene(n) el derecho de recibir la Indemnización prevista por el presente Contrato.

Certificado Individual: Documento que expide la “Compañía” que acredita las coberturas y las condiciones particulares bajo las cuales está asegurada una persona.

Coaseguro: Es el porcentaje referido al monto de cada reclamación de Reembolso de Gastos Médicos, que queda a cargo del Asegurado entendiéndose que la responsabilidad de la Compañía será cubrir el monto restante de la reclamación.

Colectividad Asegurable:

Es el conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

Siendo dicha Colectividad sobre la que se hace la oferta del seguro con base en sus características que se señalan en la Solicitud.

Deberán participar al inicio de la vigencia de la Póliza un mínimo de integrantes que representan al menos el 75% del total de miembros de la Colectividad, siempre y cuando dicho 75% no sea inferior a 10 personas.

Colectividad Asegurada: Son los integrantes de la Colectividad Asegurable que han otorgado su consentimiento y cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso, para quedar asegurados en este Contrato de Seguro.

Compañía: SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V. Es la persona moral, constituida de acuerdo con las leyes mexicanas, como institución de seguros facultada para otorgar las coberturas de este seguro.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales, y cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para efectos de la correcta aplicación del contrato.

Condiciones Particulares: Las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro, es el conjunto de cláusulas que fijan los datos propios e individuales del contrato, determinan su objeto y alcance y recogen las cláusulas que, por voluntad de las partes, complementan o modifican la Póliza o el Contrato de Seguro, dentro de lo permitido por la Ley.

Contratante: Persona física o moral que es responsable



ante la Compañía de la contratación del seguro y del pago de la Prima del seguro.

Contrato de Seguro o Póliza: Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales y Particulares, carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro, Consentimientos, Certificados Individuales, anexos de información del asegurado o de los asegurados y Endosos que se agreguen.

Culpa Grave: La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

Negligencia: Descuido o falta de cuidado o diligencia.

Deducible: Es la cantidad fija establecida en el Certificado Individual y en la carátula de la Póliza, que quedará a cargo del Asegurado por cada Evento que implique Reembolso de Gastos Médicos, quedando bajo la responsabilidad de la Compañía, el pago de los gastos médicos que excedan dicha cantidad y una vez descontado el coaseguro.

Edad: La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada, cuando dicha edad sea información necesaria para los efectos del seguro, en caso contrario se entenderá como información no aplicable.

Evento Específico: Se entenderá que se trata de un evento específico cuando la cobertura se refiera a algún tipo de accidente en lo particular, a las condiciones específicas respecto de la forma de ocurrencia, al tiempo de ocurrencia, o a la combinación de algunas de esas tres circunstancias.

Fecha de Inicio de la Vigencia del Certificado: Es la fecha a partir de la cual el Asegurado cuenta con la protección del Seguro.

Fecha de Inicio de Vigencia de Póliza: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Fecha de Término de Vigencia: Fecha en la cual concluye la vigencia de la Póliza, sin que ello anule los efectos de vigencia de cada Certificado Individual.

Endosos: Documento generado por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, que, al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que, por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Información para la orientación en caso de siniestro: Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

Padecimiento Preexistente: Se considera preexistente, cualquier Padecimiento que durante la vigencia de la póliza, origine gastos médicos u origine situaciones de invalidez, hospitalización o muerte en las que se prevea alguna indemnización pero que provenga o sean a causa directa de alguna Enfermedad o Accidente que:

- a) Hayan ocurrido antes del inicio de vigencia de la póliza, ya sea que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, y/o;
- c) Que haya sido diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Que sea una condición por la que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Práctica amateur u ocasional de deportes: práctica deportiva que se hace por gusto, placer, distracción, satisfacción personal, salud y cuando, al margen de que se realice como entrenamiento regular y metas deportivas, no tiene un objetivo profesional.

Práctica profesional de cualquier deporte: Se entiende como tal a las actividades en materia deportiva, que se



realicen con fines de lucro.

Prima: Importe determinado por la Compañía, que el Contratante debe pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

Recibo de Pago: Es el documento emitido por la Compañía en el que se establece la Prima que pagó el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

Reclamación: Es el trámite que realiza el Beneficiario o el Asegurado ante la Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia de un Accidente cubierto, sufrido por el Asegurado.

Reembolso de Gastos Médicos: Proceso mediante el cual se restituyen los gastos procedentes realizados como consecuencia de algún accidente cubierto por la póliza y liquidados directamente por el Asegurado al prestador de Servicio.

Solicitud: Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada cobertura, convenido y especificado en la carátula de la Póliza.

Suma Asegurada Máxima: La suma asegurada máxima se refiere a la suma asegurada que puede tener un asegurado dentro de la Colectividad, para evitar fenómenos de anti selección de riesgo. En ese sentido se entenderá que dicha suma asegurada máxima no podrá tener una diferencia desproporcionada respecto del resto de las demás sumas aseguradas de la Colectividad. Dicha condición será verificada en el momento de la suscripción por parte de la Compañía.

UMA (Unidad de Medida y Actualización): Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, su valor actualizado es dado a conocer por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

La contratación de las siguientes coberturas tendrá una edad de aceptación desde 12 hasta los 70 años de edad, pudiéndose hacer una renovación hasta los 99 años de edad y cancelándose automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 100 años:

I. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniese su muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta póliza.

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado, únicamente se dará por terminada la vigencia del certificado respectivo, mientras que el contrato de seguro continuará vigente para los demás miembros de la Colectividad Asegurada.

Muerte Accidental por Eventos Específicos de Accidente.

En los casos en que este seguro haya sido contratado para cubrir eventos específicos, la cobertura será la siguiente:

- Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, en el tipo de evento y circunstancias específicamente definidas en las condiciones generales, condiciones especiales y endoso correspondiente a esta cobertura, durante el periodo de vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente, sobreviniese su muerte, la Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta póliza.

II.- PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Compañía pagará al propio Asegurado el porcentaje de la suma asegurada contratada que corresponda para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la

COBERTURAS



fecha del accidente.

El monto de la indemnización que se cubrirá por las pérdidas orgánicas es el que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con las opciones indicadas como Escala de indemnización A y B, siendo el Contratante o Asegurado quien determine la escala con que quedará cubierto, lo cual se hará constar en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual:

Escala de Indemnización "A"	
Pérdida de:	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Escala de Indemnización "B"	
Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%

Para los efectos de estas coberturas, se entiende por pérdida:

- De un pie: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- De una mano: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De un ojo: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Pérdidas Orgánicas por Eventos Específicos de Accidente.

La presente cobertura podrá otorgarse también para eventos específicamente definidos respecto del tipo de evento, de la forma y el tiempo en que deben ocurrir, de manera que sólo cuando se cumplan las circunstancias específicamente definidas, se considerará el pago de la indemnización.

Es estos casos, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado sufre pérdidas orgánicas a consecuencia del tipo de evento específico cubierto dentro del plazo especialmente definido para esta cobertura.

III. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniese un estado de Incapacidad o Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta póliza.

Se considerará invalidez total y permanente, la pérdida total de capacidades físicas, capacidades mentales, facultades o aptitudes del Asegurado, a consecuencia de un accidente, que lo imposibilite para procurarse, mediante un trabajo igual o análogo al que habitualmente realizaba, una remuneración de acuerdo con sus conocimientos, capacidades y aptitudes, antes de sufrir el presunto estado de invalidez.

Para estos efectos, se considerará que el Asegurado cumple con la condición de invalidez total y permanente en los siguientes casos de pérdidas orgánicas:



- (i) Pérdida de un pie o una mano: la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total y permanente de funcionamiento.
- (ii) Pérdida de la vista: la pérdida completa y definitiva de la visión de ambos ojos.
- (iii) Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos
- (iv) Una mano y un pie
- (v) Una mano o un pie y la vista de un ojo

Invalidez Total y Permanente por Eventos Específicos de Accidente.

La presente cobertura podrá otorgarse también para eventos específicamente definidos respecto del tipo de evento, de la forma y el tiempo en que deben ocurrir, de manera que sólo cuando se cumplan las circunstancias específicamente definidas, se considerará el pago de la indemnización.

Es estos casos, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado sufre una Incapacidad o Invalidez total y permanente a consecuencia del tipo de evento específico Cubierto dentro del plazo especialmente definido para esta cobertura.

IV. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL Y/O INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL

Incapacidad Total y Temporal.- Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y por indicación médica se encontrara recluso en un sanatorio u hospital, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria contratada para esta cobertura, hasta por un período que no excederá de 1,460 días.

Incapacidad Parcial y Temporal.- Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le

causaren directa e independientemente de cualquier otra causa, y de acuerdo a prescripción médica de mantenerse inactivo o en reposo, una incapacidad parcial para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará, durante el período de la incapacidad, el 40% de la indemnización diaria contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad, total o parcial, cubierta según se establece en los dos párrafos anteriores, y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, la Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Temporal y/o Incapacidad Parcial y Temporal por Eventos Específicos de Accidente.

La presente cobertura podrá otorgarse también para eventos específicamente definidos respecto del tipo de evento, de la forma y el tiempo en que deben ocurrir, de manera que sólo cuando se cumplan las circunstancias específicamente definidas, se considerará el pago de la indemnización.

Es estos casos, la Compañía pagará el beneficio contratado para esta cobertura si el Asegurado se incapacita a consecuencia del tipo de accidentes específico Cubierto dentro del plazo especialmente definido para esta cobertura.

V. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará al Asegurado, los gastos médicos en que incurra directamente o cubrirá los gastos médicos que genere en instituciones hospitalarias, hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, menos los montos que correspondan al deducible y coaseguros contratados, que se indican en la carátula de la Póliza y el respectivo Certificado Individual, si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto, y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del accidente, se viera en la necesidad de someterse a tratamiento médico, hospitalizarse, o consumir medicamentos. Sólo se pagarán gastos y/o servicios médicos proporcionados por instituciones de salud y por personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión y que éstas no tengan parentesco de cualquier tipo y grado con el



Asegurado y/o con el Contratante, salvo en casos de emergencia por accidente que afecte en forma grave al Asegurado, siempre que se demuestre que no tenía otra opción más oportuna de atención médica y la atención hubiese sido dada dentro de las 2 horas siguientes al momento del Accidente y con las limitaciones siguientes:

1. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental, o de cualquier otra clase y tratamientos de ortodoncia solo en piezas naturales, se cubren hasta el límite del 15% de la Suma Asegurada contratada para esta sección.

2. La suma asegurada establecida como límite de responsabilidad se aplicará para cada evento en forma independiente.

Reembolso de Gastos Médicos para Eventos Específicos por Accidente.

La presente cobertura podrá otorgarse también para eventos específicamente definidos respecto del tipo de evento, de la forma y el tiempo en que deben ocurrir, de manera que sólo cuando se cumplan las circunstancias específicamente definidas, se considerará el pago de la indemnización.

Es estos casos, la Compañía pagará el beneficio contratado para esta cobertura si el Asegurado se viera en la necesidad de someterse a tratamiento médico, hospitalizarse, o consumir medicamentos a consecuencia del tipo de accidentes específico cubierto dentro del plazo y las condiciones especialmente definidas para esta cobertura.

VI. GASTO FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de este, y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La presente cobertura podrá otorgarse también para **eventos específicamente definidos** respecto del tipo de evento, de la forma y el tiempo en que deben ocurrir, de manera que sólo cuando se cumplan las circunstancias específicamente definidas, se considerará el pago de la indemnización.

Es estos casos, la Compañía pagará la Suma Asegurada

contratada para esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia del tipo de accidentes específico Cubierto dentro del plazo especialmente definido para esta cobertura.

En el caso de asegurados menores de doce años la cobertura sólo podrá contratarse para cubrir gastos de sepelio (gastos funerarios) y con la suma asegurada establecida para ese efecto, la cual nunca podrá ser mayor a 60 UMAS y/o la aprobada por la compañía.

La contratación de esta cobertura es desde los 30 días de nacido hasta los 12 años de edad, pudiéndose hacer una renovación hasta los 99 años de edad y cancelándose automáticamente sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 100 años.

VII. SEGURO FAMILIAR DE ACCIDENTES PERSONALES

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura que consiste en asegurar a los integrantes de una familia dentro del misma póliza. Las personas que constituyen la familia pueden ser: el esposo, la esposa, y los hijos mayores de 30 días; que sean solteros y no tengan ingresos. También pueden asegurarse en esta póliza familiar a las personas que dependen económicamente del Contratante, siempre que vivan con él y no tengan remuneraciones por su trabajo personal.

Los hijos de la pareja matrimonial, nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán protegidos 30 días después de la fecha de su nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía acompañando el acta de nacimiento y del pago de la prima correspondiente.

A cada persona que solicite estar asegurada en una póliza familiar se le podrán otorgar solas, o combinadas, de acuerdo con las normas de selección de cada Compañía, las siguientes coberturas:

- 1.- Muerte Accidental.
- 2.- Pérdidas Orgánicas, con Escala de Indemnizaciones, "A" o "B".
- 3.- Incapacidad Total y Parcial. (Indemnización diaria por)
- 4.- Reembolso de Gastos Médicos.

1. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta



póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniese su muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta póliza.

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado, únicamente se dará por terminada la vigencia del certificado respectivo, mientras que el contrato de seguro continuará vigente para los demás miembros de la Colectividad Asegurada.

2. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

La Compañía pagará al propio Asegurado el porcentaje de la suma asegurada contratada que corresponda para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

El monto de la indemnización que se cubrirá por las pérdidas orgánicas es el que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con las opciones indicadas como Escala de indemnización A y B, siendo el Contratante o Asegurado quien determine la escala con que quedará cubierto, lo cual se hará constar en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual:

Escala de Indemnización "A"	
Pérdida de:	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Escala de Indemnización "B"	
Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar	30%

o índice de una mano	
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%

Para los efectos de estas coberturas, se entiende por pérdida:

- De un pie: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- De una mano: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De un ojo: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL Y/O INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL

Incapacidad Total y Temporal.- Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y por indicación médica se encontrara recluido en un sanatorio u hospital, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria contratada para esta cobertura, hasta por un período que no excederá de 1,460 días.

Incapacidad Parcial y Temporal.- Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo



anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa e independientemente de cualquier otra causa, y de acuerdo a prescripción médica de mantenerse inactivo o en reposo, una incapacidad parcial para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará, durante el período de la incapacidad, el 40% de la indemnización diaria contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad, total o parcial, cubierta según se establece en los dos párrafos anteriores, y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, la Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará al Asegurado, los gastos médicos en que incurra directamente o cubrirá los gastos médicos que genere en instituciones hospitalarias, hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, menos los montos que correspondan al deducible y coaseguros contratados, que se indican en la carátula de la Póliza y el respectivo Certificado Individual, si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto, y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del accidente, se viera en la necesidad de someterse a tratamiento médico, hospitalizarse, o consumir medicamentos. Sólo se pagarán gastos y/o servicios médicos proporcionados por instituciones de salud y por personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión y que éstas no tengan parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado y/o con el Contratante, salvo en casos de emergencia por accidente que afecte en forma grave al Asegurado, siempre que se demuestre que no tenía otra opción más oportuna de atención médica y la atención hubiese sido dada dentro de las 2 horas siguientes al momento del Accidente y con las limitaciones siguientes:

1. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental, o de cualquier otra clase y tratamientos de ortodoncia solo en piezas naturales, se cubren hasta el límite del 15% de la Suma Asegurada contratada para esta sección.
2. La suma asegurada establecida como límite de responsabilidad se aplicará para cada evento en forma independiente.

EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de la presente póliza las muertes, pérdidas orgánicas, las incapacidades y/o invalidez originadas por lo siguiente a excepción de los riesgos y actividades de desempeño que podrían ser cubiertos por convenio expreso o que se encuentran asegurados en la modalidad de riesgos específicos, previa aceptación de la Compañía y que se encuentren especificados en la Póliza:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
- 1.3. Riña provocada por el Asegurado.

2. Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:

- 2.1. Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- 2.2. Ser ocupante en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
- 2.3. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
- 2.4. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco



romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski, cualquier tipo de deporte aéreo y extremo o cualquier actividad de desempeño realizado.

2.5. La práctica profesional de cualquier deporte.

3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.

5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente cubierto.

6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y del respectivo Certificado Individual.

7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.

8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

9. Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol (Con un grado de alcohol mayor o igual a 40mg/100ml), o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

10. Cuando se demuestre que el fallecimiento, la incapacidad y/o la pérdidas

orgánicas, sean a consecuencia de un Padecimiento Preexistente o de la complicación o agravación del mismo.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Además de lo estipulado en las Exclusiones Generales, no es objeto de la presente Póliza el Reembolso de Gastos Médicos que sean originadas por lo siguiente; a excepción de los riesgos y actividades de desempeño que podrían ser cubiertos por convenio expreso previa aceptación de la Compañía y que se encuentren especificados en la Póliza:

1. Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista o neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de Kaposi y Linfoma del sistema nervioso central.

2. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un accidente

3. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura

4. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

5. Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.

6. Gastos realizados por acompañantes de Asegurado durante su hospitalización.



7. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

8. Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.

9. Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulte necesarios a consecuencia de un Accidente.

10. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente.

11. Embarazo, parto, aborto involuntario o cualquier trastorno del sistema reproductor.

12. Reembolso de gastos médicos a consecuencia de un accidente por guerra, invasión, actos de enemigos, hostilidades (se declare la guerra o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar o usurpado.

13. Exámenes con fines de revisión que no sean incidentales o necesarios para diagnosticar lesiones corporales accidentales, exámenes generales de salud.

14. Intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a la Compañía los siguientes documentos:

Muerte Accidental y Gastos funerarios:

1. Solicitud de reclamación de Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos (proporcionada por la Compañía).
2. Acta de defunción (copia certificada).
3. Acta de nacimiento del Asegurado (copia certificada) solo si no fue proporcionada previamente.
4. Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
5. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de

defunción correspondiente (copia certificada).

6. Identificación del Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).

7. Comprobante de domicilio vigente en el conste el domicilio del beneficiario de la cobertura por Muerte Accidental (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua y/o predial).

8. Presentar actuaciones del Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico-toxicológicos y de alcoholemia y fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

Perdidas Orgánicas:

1. Solicitud de reclamación requisitada en todos sus puntos. (proporcionada por la Compañía)
2. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua y/o predial).
3. Informe médico firmado por el médico tratante
4. Copia del expediente clínico de la pérdida orgánica
5. Radiografía
6. Últimos estudios realizados
7. Copia de Identificación del Asegurado o de la persona a la que se efectúe el pago de la indemnización

En caso de que la Compañía determinara la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Excepcionalmente, cuando con la documentación anterior, no fuera posible comprobar la realización del siniestro y las circunstancias del mismo, la Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el cual señala, Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Invalidez Total y Permanente por Accidente:

1. Solicitud de reclamación requisitada por el Asegurado en todos sus puntos. (proporcionada por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua y/o predial).
3. Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante.



4. Asegurados derechohabientes del sector salud deberán presentar el “Dictamen de Invalidez” que dichas instituciones emitan, la Compañía considera plenamente válido dicho Dictamen, siempre y cuando esté emitido bajo los formatos y cumpliendo con las formalidades que dichas Instituciones manejen en tanto corresponda a un “Dictamen de Invalidez Total y Permanente”.

5. Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el “Dictamen de Invalidez Total y Permanente” que les haya emitido un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado o Contratante. Dicho Dictamen será evaluado por el Médico Dictaminador de la Compañía, especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, con el objeto de corroborar y acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente originado por accidente.

En caso de que la Compañía determinara la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Excepcionalmente, cuando con la documentación anterior, no fuera posible comprobar la realización del siniestro y las circunstancias del mismo, la Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el cual señala, Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Incapacidad Total y Temporal y/o Incapacidad Parcial y Temporal:

1. Solicitud de reclamación requisitada por el Asegurado en todos sus puntos. (proporcionada por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio vigente del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua y/o predial).
3. Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante.
4. Dictamen oficial por parte del IMSS o del ISSSTE. En el caso de que no se cuente con este, se puede dar un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado.

5. Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el “Dictamen de Incapacidad Total Temporal o Incapacidad Parcial Temporal” que les haya emitido un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado o Contratante. Dicho Dictamen será evaluado por el Médico Dictaminador de la Compañía, especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, con el objeto de corroborar y acreditar el tipo de incapacidad en el que se encuentra el Asegurado.

En caso de que la Compañía determinara la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Excepcionalmente, cuando con la documentación anterior, no fuera posible comprobar la realización del siniestro y las circunstancias del mismo, la Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el cual señala, Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

1. Solicitud de reclamación requisitada en todos sus puntos. (proporcionada por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua y/o predial).
3. Informe médico firmado por el médico tratante
4. Facturas originales con requisitos fiscales vigentes
5. Recetas médicas

En caso de que la Compañía determinara la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Excepcionalmente, cuando con la documentación anterior, no fuera posible comprobar la realización del siniestro y las circunstancias del mismo, la Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el cual señala, Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el



siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Formas de Indemnización. La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la presente cláusula.

Para las coberturas de Incapacidad Total y Temporal por Accidente e Incapacidad Parcial y Temporal por Accidente, la indemnización será la suma de los días durante los cuales el Asegurado haya permanecido en condición de Incapacidad y la Compañía realizará el pago correspondiente en una sola exhibición o según lo estipulado en la carátula de Póliza.

Deducible: En toda reclamación de reembolso de gastos médicos, siempre quedara a cargo del Asegurado el monto que corresponda al deducible y al coaseguro, según lo estipulado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual del asegurado.

Improcedencia de la reclamación por Padecimiento Preexistente. La Compañía solo podrá realizar el rechazo de una reclamación por considerar que el siniestro ocurrió derivado de un Padecimiento Preexistente cuando:

- a) Haya existido previo a la celebración del Contrato, declaración de la existencia de dicho padecimiento; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento de que se trate.

Arbitraje. En caso de desacuerdo entre el Asegurado la

Compañía acerca de que el evento indemnizable haya sido ocasionado por Padecimientos Preexistentes, a elección del Asegurado, la cuestión podrá ser sometida al arbitraje de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, la Compañía se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.



CLÁUSULAS GENERALES

Renovación Automática: Este Contrato será renovado de forma automática, por periodos iguales y sucesivos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La renovación automática se otorgará aplicando las tarifas que se encuentren a esa fecha registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y se efectuará en las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguros de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades; por lo que no se deberán cumplirse nuevos requisitos de asegurabilidad con base en el derecho de antigüedad, y no se podrán modificar en perjuicio del Asegurado los límites de edad establecidos en la póliza.

Primas: La Prima total se constituirá con las primas correspondientes a cada Asegurado, con sus descuentos y recargos correspondientes de acuerdo con su **actividad de desempeño**, edad, sexo, coberturas contratadas y tarifa en vigor de cada cobertura en la fecha de inicio de vigencia del seguro.

El Contratante es el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la Prima. Si los miembros de la Colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibe de ellos la parte correspondiente.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Compañía le proporcione al Contratante. Hasta en tanto La Compañía no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el

pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro del periodo de gracia la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total vencida de la colectividad.

Periodo de Gracia: El Contratante gozará de un plazo de 30 días, en caso de que no se especifique algún otro en la carátula de Póliza, a partir de la celebración del Contrato, para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente. Si no hubiese sido pagada dicha prima, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo y por lo tanto la Compañía no estará obligada a pagar indemnización alguna en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

Forma de pago: El Contratante pagará la Prima correspondiente a este contrato de seguro y podrá optar por el pago fraccionado de la Prima convenida, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento establecida al efecto por la Compañía.

Lugar de Pago: Los pagos deberán efectuarse:

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

Rehabilitación: En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.

b. Los Asegurados deberán comprobar que reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidos por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.

c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir



del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

CLAUSULAS OPERATIVAS

Movimientos en la Colectividad. El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones durante la vigencia de la Póliza:

- a) Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, incluyendo los consentimientos respectivos, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, cuando el objeto del Contrato de Seguro sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b) Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- c) Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los 30 días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, como el cambio de ocupación de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- d) Remitir a la Compañía, los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el cumplimiento de las obligaciones antes indicadas a cargo del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Alta de Asegurados: De conformidad con lo establecido en el Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la

Colectividad con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 Compañía, 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 Compañía 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.

Bajas: De conformidad con lo establecido en el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía devolverá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente en un plazo máximo de 15 días posteriores a que se verifique la baja.

En caso de que a La Compañía le sea notificada la Baja de la Colectividad completa, es decir que existiera una disolución completa de la Colectividad Asegurada, la póliza se dará por cancelada y se devolverán las proporciones del riesgo no corrido para cada uno de los integrantes dentro de los 15 días siguientes a que se lleve a cabo dicha notificación.

Cambio en el Riesgo: Es obligación del Asegurado comunicar a la Compañía de los cambios de la información proporcionada en la Solicitud del seguro y de las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro dentro de las 24 horas siguientes al momento en que se conozcan dichos cambios. La Compañía evaluará si dichos cambios afectan el riesgo contratado, y si procede modificará las condiciones del contrato, lo cual se notificará por escrito al Contratante y/o Asegurado. Si el Contratante o Asegurado omitieren el aviso o si ellos mismos provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de



la Compañía en lo sucesivo.

Cancelación: Este Contrato será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia.

En caso de que el Contratante solicite por escrito la terminación anticipada del Contrato de la póliza, la Compañía devolverá el 60% de la parte no devengada de la prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de póliza ni impuestos). En un plazo máximo de diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de cancelación respectiva. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del mismo medio de cobro de la prima.

Rescisión por omisiones o falsas declaraciones: El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Con base en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión o declaración inexacta de tales hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley, facultarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

En términos de lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se informa al Contratante y/o Asegurado que, si dicha agravación del riesgo no tiene influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de su prestación, aún y cuando no se cumpla con el aviso, la Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones.

Registro de Asegurados: La Compañía formará un registro de Asegurados para cada Póliza, el cual deberá contar con la información del Certificado Individual:

I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada;

II. Suma Asegurada o Regla para determinarla;

III. Fecha de Inicio de la Vigencia del Certificado Individual de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;

IV. Plan de seguro;

V. Número de Certificado Individual, y

VI. Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá

entregarle copia de este registro.

Certificado Individual: La Compañía emitirá un Certificado Individual para cada miembro de la Colectividad Asegurada, mismo que entregará por conducto del Contratante y que contendrá cuando menos los siguientes datos:

1. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía;
2. Firma del funcionario autorizado de la Compañía;
3. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado Individual;
4. Nombre del Contratante;
5. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
6. Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual;
7. Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
8. Nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
9. Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En sustitución de la entrega de los Certificados a los integrantes de la Colectividad Asegurada, el Contratante se obliga, cuando así se lo indique la Compañía, a entregarles por escrito la información establecida en esta cláusula. No obstante, el Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar su Certificado a la Compañía.

En caso de que el seguro colectivo tenga por objeto el proporcionar una prestación laboral, se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento indicado en el numeral anterior.

Vigencia: Periodo de validez del contrato que es la especificada en las fechas de vigencia del seguro estipuladas en la carátula de la Póliza y en los Certificados Individuales

Terminación del Contrato: Este contrato dejará de estar en vigor al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Mediante petición por escrito del Contratante a la Compañía.
2. Falta de pago de la Prima, después de haber



transcurrido los 30 días naturales del periodo de gracia.

En tanto que cada certificado individual cesará sus efectos:

1. Al ocurrir la baja del Asegurado de conformidad con la cláusula de Baja.
2. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado
3. Por falta de pago de la prima del certificado respectivo una vez concluido el periodo de gracia.

Modificaciones: El Contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía, y debiendo dichas modificaciones registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Rectificación de la Póliza: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Notificaciones: Cualquier comunicación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito, precisamente en su domicilio indicado en la carátula de la Póliza, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Compañía al Contratante o Asegurado, estando obligada la Compañía a expedir constancia de la recepción.

CLAUSULAS CONTRACTUALES

Competencia: En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la Compañía o ante 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 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

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

Prescripción: Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado 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.

Moneda: Este seguro, para efecto del monto de los beneficios o sumas aseguradas, podrá estar nominado en moneda nacional, dólares, o unidades de inversión (UDIS).

Con independencia de lo anterior, todos los pagos que el Contratante y la Compañía deba realizar conforme a esta Póliza, se harán en moneda nacional de conformidad con la Ley Monetaria vigente, y en el caso de pólizas denominadas en dólares o UDIS, los pagos se efectuarán igualmente en el equivalente en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Revelación de Comisiones: Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 Compañía 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.

Interés Moratorio: En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Beneficiarios: El Asegurado tendrá derecho a designar libremente a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

Beneficiarios Menores de Edad: 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 tendrá 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.

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.

Cambio de Beneficiarios: Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta. El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de

cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

Edad: Para efectos de este Contrato de Seguro y cuando resulte aplicable, se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia del Certificado Individual.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro y SPP Institución de Seguros S.A. de C.V., reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado dentro de los diez días hábiles siguientes a la comprobación; dicho reintegro se realizará en las oficinas de la Compañía o se realizarán al mismo medio en que se haya cobrado la prima designado por el Contratante.

Entrega de documentación contractual: La Compañía está obligada a entregar al Contratante la documentación relativa al Contrato de Seguro y dejar constancia de los medios de entrega de la misma.

En caso de que el Contratante no haya recibido dentro de los 30 días siguientes a la celebración del Contrato de Seguro la documentación contractual, deberá de hacerlo del conocimiento de la Compañía a través la Unidad Especializada en atención de Consultas y Reclamaciones.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):

Volcán 214, Lomas de Chapultepec Primera Sección, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, Tel: (800) 1010053 y (55) 36 00 96 00, horario de atención: De lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, correo electrónico: une@sppseguros.com.mx.

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF):

Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx 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 26 de julio del 2021, con el número CNSF-S0128-0278-2021/ CONDUSEF-004976-01