

Condiciones Generales

SURA Grupo deudor



SURA Grupo Deudor

Condiciones Generales

Contenido

I. Objeto del Seguro	3	16. Disputabilidad	7
		17. Carencia de restricciones	7
II. Definiciones Generales	3	18. Obligaciones del Contratante	7
1. Asegurado	3	19. Cambio de Contratante	8
2. Beneficiario	3	20. Ingreso de Asegurados	8
3. Certificado Individual		21. Alta de Asegurados	8
4. compañía		22. Baja de Asegurados	8
5. Consentimiento	3	23. Edad	9
6. Contratante	3	24. Prima	9
7. Endoso	3	25. Pago de prima	9
8. Enfermedad Preexistente	3	26. Tipo de administración	10
9. Grupo Asegurable	4	27. Beneficiarios	10
10. Grupo Deudor	4	28. Aviso	10
11. Inicio de Cobertura	4	29. Pago de Suma Asegurada	10
12. Integrante	4	30. Pruebas	10
13. Siniestro	4	31. Pagos improcedentes	11
14. Suma Asegurada	4	32. Suicidio	11
15. SAMI	4	33. Interés moratorio	12
16. Subgrupo		34. Prescripción	12
17. Vigencia	4		
III. Cláusulas Generales	5	IV. Cobertura Básica	12
1. Contrato	5	V. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente	12
2. Créditos que no cubre esta póliza	5	VI. Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal	15
3. Corrección o rectificación de la póliza	6	VII. Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario	16
4. Modificaciones	6	VIII. Servicios de Asistencia	18
5. Comunicaciones	6	1. Asistencia Médica	18
6. Moneda	6	2. Asistencia Funeraria	19
7. Competencia	6		
8. Notificación de comisiones	6		
9. Prelación	6		
10. Cláusula general OFAC	6		
11. Vigencia del contrato	6		
12. Periodo de gracia	6		
13. Rehabilitación	6		
14. Renovación	7		
15. Omisiones o declaraciones inexactas	7		

I) Objeto del Seguro

El objeto de este contrato es garantizar al Contratante del seguro, de acuerdo con la definición y/o regla particular de Suma Asegurada, el pago del importe del adeudo que tengan los Asegurados deudores, en el momento de fallecimiento o de Invalidez Total y Permanente. En caso de tener la cobertura contratada, contar con la protección contra la falta del pago periódico del adeudo hasta el número máximo de pagos, si el deudor llega a ubicarse en un estado de Desempleo Involuntario o incapacidad total temporal, de acuerdo con lo establecido en cada una de estas coberturas.

II) Definiciones Generales

Para efectos de este contrato se entiende por:

1. Asegurado

Son las personas que siendo deudores del Contratante en virtud de un contrato de crédito y que habiendo firmado el Consentimiento respectivo cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la compañía.

2. Beneficiario

Persona física o moral designada por el Asegurado como titular de los derechos respecto de los beneficios otorgados por las coberturas contratadas. En este caso, el Contratante es el Beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del adeudo al ocurrir el fallecimiento, o en su caso la invalidez o desempleo del deudor, de acuerdo a las coberturas contratadas. El Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo del adeudo derivado del contrato de crédito que tenga celebrado con el Asegurado.

3. Certificado Individual

Documento emitido por la compañía en el que constan los datos que identifican a cada Asegurado, las coberturas otorgadas, Sumas Aseguradas, Beneficiarios designados y la inclusión, de ser el caso, de Endosos.

4. Compañía

Primero Seguros Vida, S. A. de C. V.

5. Consentimiento

Documento mediante el cual el Integrante del Grupo acepta su inclusión como Asegurado y designa a sus Beneficiarios y establece su Suma Asegurada.

6. Contratante

Persona física o moral que celebra este contrato de seguro de Grupo y a cargo de la cual se establece la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo o Colectividad asegurada.

7. Endoso

Documento que modifica la póliza y forma parte de ésta.

8. Enfermedad Preexistente

Aquella que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- Se haya declarado su existencia, o
- El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- Que sean comprobables mediante la existencia de un resumen 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, o
- Que por sus síntomas y signos no pueda pasar desapercibidos. Entendiéndose por signos a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y

por síntomas al fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

9. Grupo Asegurable

Conjunto de personas que perteneciendo al Grupo deudor, hayan otorgado su Consentimiento, sean aceptados en la póliza por la compañía y aparezcan en el registro de Asegurados.

10. Grupo deudor

Conjunto de personas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito mediante un contrato.

11. Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado o Beneficiario tiene derecho a los beneficios del contrato de seguro.

12. Integrante

Cualquier persona que forme parte del Grupo asegurado.

13. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista en el contrato que da origen al pago de la indemnización que corresponda a cargo de la compañía.

14. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la compañía convenido para cada una de las coberturas contratadas.

15. SAMI

Suma Asegurada máxima sin requisitos que se concede a cada Asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor al SAMI, la compañía podrá solicitar el llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

16. Subgrupo

División del Grupo asegurado para clasificar a sus Integrantes de acuerdo a las reglas de Suma Asegurada y/o coberturas.

17. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

III) Cláusulas Generales

1. Contrato

Esta póliza, la solicitud, el registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos, los Certificados Individuales, las cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la compañía.

2. Créditos que no cubre esta póliza

Se considerarán excluidos de la presente póliza:

- a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.
- b) Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- c) Los créditos en los que el período entre cada pago sea mayor de un año.

3. Corrección o 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 30 días que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

4. Modificaciones

Las condiciones generales de la póliza, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante Endosos o cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la compañía.

5. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la compañía deben dirigirse a su domicilio social ubicado en Av. Constitución 2050 Piso 4. Colonia Obispado, Monterrey, Nuevo León. Código Postal 64060 o al teléfono 01 800 999 5555. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la compañía.

Los requerimientos y comunicaciones que la compañía deba efectuar a los Asegurados o a sus Beneficiarios, son validos si se dirigen al último domicilio que de ellos conozca la compañía.

6. Moneda

Todos los pagos a que este Contrato se refiere son realizados en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen.

7. Competencia

En caso de controversia, el reclamante puede hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

8. Notificación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante puede 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 esta 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.

9. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

10. Cláusula general OFAC

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la compañía, si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con los que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien 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 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 está rehabilitando.

EXCLUSIÓN

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

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 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

11. Vigencia del contrato

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro indicado en la carátula de la póliza. La vigencia de la cobertura del seguro para cada Asegurado será la especificada en el Certificado respectivo.

12. Periodo de gracia

La prima vence al inicio de cada periodo de seguro pactado, a partir de este vencimiento, el Contratante goza de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total del importe del primer recibo de pago; transcurrido este plazo, si no ha sido efectuado, los efectos del seguro cesan automáticamente. En caso de las fracciones subsecuentes en el caso de pago en parcialidades, el periodo de gracia de la prima será de 15 días naturales. En caso de ocurrir algún Siniestro dentro del periodo de gracia, la compañía deducirá de la indemnización, la prima total adeudada para el período en curso, correspondiente al Asegurado de que se trate.

13. Rehabilitación

Si el contrato de seguro amparado por esta póliza hubiera dejado de estar en vigor, la compañía puede rehabilitarlo si se satisface lo siguiente:

- a) Que el Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la compañía.
- b) Que los Integrantes del Grupo o Colectividad presenten las pruebas de asegurabilidad requeridas por la compañía.

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las dos modalidades:

- a) Conservando la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro, mediante el pago de las primas vencidas que se encuentren pendientes de pago hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la póliza haya estado en vigor por un plazo mayor a tres meses.
- b) Cambiando la fecha de inicio de la vigencia del contrato de seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la prima correspondiente a las edades alcanzadas por los Integrantes del Grupo o Colectividad en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha de cancelación de la vigencia inmediata anterior.

14. Renovación

La compañía puede renovar este contrato de seguro, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplican las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

15. Omisiones o declaraciones inexactas

Conforme a lo establecido por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante está obligado a declarar por escrito a la compañía, de acuerdo a los formularios que se le requieran, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

Esta obligación también es aplicable a los Asegurados que se incorporen al Grupo Asegurado con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza y no hayan firmado su Consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, o bien, a aquellos cuya Suma Asegurada sea mayor a la máxima sin requisitos (SAMI).

16. Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de su vigencia, siempre es disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo o Colectividad asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, es también de un año, que se cuenta a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato.

17. Carencia de restricciones

Este Contrato no se afecta por razones de residencia, viajes y género de vida de los Asegurados.

18. Obligaciones del Contratante

El Contratante del seguro asume las siguientes responsabilidades:

- a) Contar y custodiar el Consentimiento por escrito firmado de cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad, previo a su incorporación a dicho Grupo o Colectividad, antes de la celebración del contrato. El Consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:
 - I. Nombre completo.
 - II. Edad o fecha de nacimiento.
 - III. Sumas Aseguradas o reglas para determinarlas.
 - IV. Designación de Beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.
- b) Integrar y conservar el expediente de identificación del Asegurado en los términos establecidos por la Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, con los datos y documentos que la aseguradora le de a conocer y mantenerlos a disposición de la misma para su consulta, obligándose a proporcionarlos oportunamente a la compañía cuando ésta se los requiera sea para sí o para dar cumplimiento a cualquier requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- c) Conservar los expedientes de los Asegurados que sean trabajadores o personal, cuando dejen de prestar sus servicios para el Contratante, así como en el caso de que concluya la relación entre éste y la compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado junto con las principales cláusulas y coberturas del contrato, o en su defecto, poner en conocimiento de los Asegurados la información prevista en el inciso a) anterior.

-
- e) Comunicar a la compañía del ingreso de Integrantes nuevos, recabando los Consentimientos respectivos, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de ingreso.
 - f) Comunicar a la compañía de la separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad asegurada, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de separación.
 - g) Dar aviso a la compañía de 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. En caso de nuevas Sumas Aseguradas, éstas entran en vigor desde la fecha de cambio y el pago o devolución de primas se realiza de acuerdo con la forma de pago de la prima.

19. Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la compañía puede rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminan treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la compañía reembolsa a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

20. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato, quedan aseguradas las personas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito mediante un contrato, cuya edad se encuentre dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, las cuales se indican en la carátula de la misma. Con posterioridad a la celebración de este Contrato, no pueden ingresar las personas cuya edad se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para esta póliza.

21. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurada 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, quedan 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.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su Consentimiento después de 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, puede exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedan 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, cuenta 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 entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

22. Baja de Asegurados

Causarán baja de ésta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado por terminación del contrato de crédito con el Contratante por traspaso o liquidación el adeudo, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

En este caso, la compañía restituye la parte de la prima neta no devengada de esos Integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán asegurados hasta el siguiente aniversario del seguro en curso.

23.Edad

Las edades declaradas por los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurada deben comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la compañía, la cual en ese momento hace la anotación en el Certificado respectivo y no puede exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la compañía no puede rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración se encontrare fuera de los límites de admisión fijados por la compañía, en este caso, se devolverá la prima neta no devengada existente en la fecha de la rescisión, a quienes hayan realizado el pago de la prima en la proporción que les corresponda.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un Integrante del Grupo o Colectividad, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real y dicha edad se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, el seguro continua en vigor con la misma Suma Asegurada, pero quienes aportan al pago de la prima están obligados a pagar a la compañía, en la proporción que corresponda, la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real por el periodo que falte hasta el vencimiento del Contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la compañía reembolsa a quienes la aportan al pago de la prima en la proporción que corresponda, la diferencia entre las primas correspondientes a las dos edades, reduciéndose las primas conforme a la edad real por el periodo que falte hasta el vencimiento.

Si después de ocurrido un Siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, la compañía paga la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

24.Prima

La prima total del Grupo o Colectividad, así como las primas que corresponden a cada Integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada Integrante del Grupo o Colectividad asegurada, de acuerdo con su edad, ocupación, Suma Asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la compañía puede calcular para cada cobertura, la prima promedio por millar de Suma Asegurada que se aplica en la renovación. La prima promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total al millar.

A cada Integrante del Grupo o Colectividad que ingrese en la fecha posterior al aniversario del contrato, se le aplica la prima promedio por días exactos.

25.Pago de prima

Salvo convenio en contrario, si la vigencia de este contrato es por un año la forma de pago de la prima es anual. Para temporalidad menor a un año, la forma de pago es única para el periodo que corresponda.

A petición escrita del Contratante, presentando en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a una de periodicidad menor. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vence al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado, que sea pactada.

Las primas convenidas en este Contrato deben ser pagadas a su vencimiento, en las oficinas de la compañía, contra entrega del recibo oficial que otorgue la misma.

26. Tipo de administración

El Contratante puede optar por dos formas de administración de la póliza:

- a) Auto-administradas: en este tipo, el Contratante se compromete a administrar los documentos del contrato, a dar aviso de las altas y las bajas a la Compañía y a pagar el ajuste de primas que corresponda al final de la vigencia. El Contratante deberá de mandar al final de la vigencia un listado actualizado con los Integrantes del Grupo y su Suma Asegurada para el cálculo del ajuste de prima. En caso de resultar un saldo a favor de la compañía, el Contratante cuenta con un periodo de 30 días para el pago del mismo, en caso contrario, la compañía hará la devolución de las primas correspondientes dentro del mismo plazo de 30 días.
- b) Declaración según forma de pago: en este caso el Contratante se compromete a enviar por lo menos una vez cada periodo, las altas y las bajas de los Asegurados y las primas se calcularán de acuerdo al reporte que se haga en el periodo. En caso de que el Contratante no envíe el listado actualizado dentro del periodo correspondiente se considera que no hubo movimientos de altas o bajas.

27. Beneficiarios

El Contratante es el Beneficiario preferente irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del saldo del crédito otorgado a sus deudores, al ocurrir el fallecimiento, o en su caso la invalidez de dichos deudores, según las condiciones contratadas en cada una de las pólizas.

El Contratante sólo podrá ser Beneficiario hasta por el saldo insoluto del crédito otorgado a los Asegurados, pero sin exceder de la Suma Asegurada convenida. Cuando exista un remanente de Suma Asegurada, éste será pagado al deudor Asegurado o en su caso a los Beneficiarios que éste hubiere designado y en su defecto, a su sucesión.

Advertencia. En el caso de que 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

28. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización.

29. Pago de Suma Asegurada

La compañía pagará al Beneficiario preferente la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a que reciba toda la documentación y la información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

El deudor asegurado o en su caso sus causahabientes, tendrán derecho a exigir a la compañía el pago del seguro hasta por el saldo insoluto del crédito más sus accesorios al Beneficiario Preferente (Contratante).

30. Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la compañía, además de las formas de declaración que ésta proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

La compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la compañía de cualquier obligación.

31. Pagos improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la compañía.

32. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la compañía únicamente pagará el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

33. Interés moratorio

En 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 indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado un interés moratorio determinado de acuerdo con lo que establece el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

"Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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. Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente."

34. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la compañía.

IV) Cobertura Básica

Si durante el plazo del seguro, ocurre el fallecimiento del deudor asegurado, la compañía pagará al Beneficiario preferente la Suma Asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada en la carátula de la póliza y conforme a las condiciones generales del plan. Si el Asegurado sobrevive al final de dicho plazo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la compañía.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el co-acreditado estipulado dentro del contrato del Asegurado con el Contratante.

V) Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Si el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la compañía pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada de esta cobertura al Beneficiario preferente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el co-acreditado estipulado dentro del contrato del Asegurado con el Contratante.

1. Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un periodo no menor a seis meses, y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, no sean accesibles para el Asegurado.

También se considera Invalidez Total y Permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- a) Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.
- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

El pago de la Suma Asegurada se realiza después de que haya transcurrido el Periodo de Espera indicado en la carátula, contado a partir de que se haya diagnosticado la Invalidez Total y Permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El Periodo de Espera no opera en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

2. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para tener derecho a la indemnización por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado debe presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la compañía, en las que debe consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de todas las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

La compañía tiene derecho de comprobar, a su costa, cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Invalidez Total y Permanente.

A efecto de comprobar el estado de invalidez, el Asegurado debe, además de lo señalado anteriormente, presentar a la compañía el diagnóstico de Invalidez Total y Permanente definitivo avalado por un dictamen de una Institución de Seguridad Social a la cual pertenezca el Asegurado. En caso de no estar inscrito a una Institución de Seguridad Social, el Asegurado deberá presentar un dictamen de un médico con cédula profesional con Especialidad de Medicina del Trabajo y/o especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis, y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez, los cuales son evaluados por un médico especialista designado por la compañía, a fin de determinar la procedencia del pago de la indemnización. En estos casos el Periodo de Espera obligatorio es de 6 meses a partir de la fecha en la que se haya dado el dictamen después de los cuales deberá comprobar que sigue incapacitado.

3. Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Primero Seguros Vida, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 70 años.

4. Prima

La compañía otorga esta cobertura con la obligación de pago de la prima adicional que corresponda.

5. Exclusiones

Esta cobertura no se concede cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- g) Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- j) Radiaciones ionizantes.
- k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.
- l) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- m) Enfermedades preexistentes. Esta cobertura no se concede a los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni tampoco a enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

6. Acuerdo de Arbitraje

En caso de que la compañía notifique la improcedencia de una reclamación, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la compañía, para someterse a un arbitraje privado.

La compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establece por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vincula a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir es liquidado por la compañía.

VI) Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

La compañía conviene en pagar al Contratante, si el deudor asegurado queda incapacitado temporalmente, a causa de enfermedad o accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y después de 30 días a partir de la fecha en que se diagnostique la incapacidad, las rentas mensuales establecidas en la carátula de la póliza y/o en el respectivo Certificado, correspondientes al deudor asegurado, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza y/o en el respectivo Certificado, esta cobertura podrá ser mancomunada con el co-acreditado estipulado dentro del contrato del Asegurado con el Contratante.

1. Definición del estado de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente

Se entenderá por Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente la pérdida parcial o total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a desempeñar su trabajo habitual de manera temporal.

2. Comprobación del estado de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente

Para tener derecho a la indemnización por Incapacidad Total Temporal, el deudor asegurado deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la compañía, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de un Certificado médico mensual, debidamente requisitado y firmado por el médico especialista respectivo que ampare la duración de la incapacidad durante el plazo del cual se está haciendo la reclamación.

La compañía tendrá derecho, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Incapacidad Total Temporal

A fin de determinar el estado de Incapacidad Total Temporal, los deudores asegurados que se encuentren afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), deberán presentar ante la compañía, además de los documentos a que se refiere la presente cláusula, el Dictamen de Invalidez Total Temporal proporcionado por dicho instituto. En caso de que el deudor asegurado no sea derechohabiente del IMSS, deberá presentar a la compañía el diagnóstico de Incapacidad emitido por un médico especialista Certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, debiendo presentar también todos los análisis, exámenes y documentos que sirvieron de base para la determinación del estado de Incapacidad Total Temporal.

3. Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Primero Seguros Vida, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 70 años.

4. Exclusiones

Esta cobertura no se concede cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

-
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
 - c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
 - d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
 - e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
 - f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
 - g) Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
 - i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
 - j) Radiaciones ionizantes.**
 - k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.**
 - l) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
 - m) Enfermedades preexistentes. Esta cobertura no se concede a los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni tampoco a enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**

VII) Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza y/o en el Certificado respectivo, esta cobertura podrá ser mancomunada con el co-acreditado estipulado dentro del contrato del Asegurado con el Contratante.

1. Beneficio

La compañía paga la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza y en el Certificado respectivo si el Asegurado es desempleado de forma involuntaria y deja de percibir el ingreso económico de la empresa en la que labora al momento del desempleo, siempre que se haya contratado esta cobertura.

2. Definición

Para todos los efectos de esta cobertura, se entiende por Desempleo Involuntario el estado involuntario de inactividad económica, sin recibir dinero alguno como contraprestación por un trabajo personal originado por la desvinculación laboral debido a causas no imputables al Asegurado.

3. Elegibilidad

Son elegibles para esta cobertura sólo las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura se encuentren empleados de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo), y trabajen para una empresa que se encuentre inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes.

4. Periodo de indemnización

Si el Asegurado queda desempleado de forma involuntaria durante la vigencia de esta cobertura, y permanece desempleado por un periodo que exceda el Periodo de Espera especificado en la carátula de la póliza, la compañía paga el beneficio por cada mes que el Asegurado permanezca desempleado sin exceder el número de pagos máximo especificado en la carátula de la póliza y/o en el Certificado respectivo.

5. Periodo de espera

Se define como Periodo de Espera al periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, en el cual el Asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará en el caso de persistir el desempleo al concluir el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual, en tanto se continúe con el desempleo hasta agotar el número de pagos estipulado en la misma carátula de la póliza.

6. Exclusiones

Esta cobertura no ampara el Desempleo Involuntario que resulte como consecuencia de:

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
- b) Pérdida voluntaria del trabajo, renuncia, retiro voluntario o terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo.**
- c) Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del Asegurado.**
- d) Por la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo, como sigue: intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, conducta delictiva por parte del Asegurado.**
- e) Ser trabajadores comerciantes, profesionistas que laboren de forma independiente y se encuentren percibiendo un ingreso.**
- f) Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín o catástrofe nuclear.**
- g) Desempleo cuando el Asegurado hubiera tenido conocimiento de que éste se produciría dentro los noventa días posteriores al inicio de vigencia de la póliza.**
- h) Fallecimiento del Asegurado.**
- i) Esta cobertura queda sin efecto, si con posterioridad al desempleo del Asegurado, se descubre que su edad en la fecha de inicio de vigencia se encontraba fuera de las edades de admisión; en este caso la obligación de la compañía se limita a reembolsar el importe de la prima pagada del Certificado en vigor quedando cancelado el seguro.**

7. Requisitos para el pago de reclamación

En el momento que se tenga conocimiento del desempleo y una vez recabada la documentación correspondiente, se debe contactar al Contratante para que ésta a su vez presente la reclamación a la compañía.

Se deben presentar los siguientes documentos:

- a) Solicitud de pago de indemnización de la cobertura de Desempleo Involuntario
- b) Original y copia de los últimos tres recibos de nómina.
- c) Los siguientes documentos en original y/o copia según se indique:
 - i) Original y copia del contrato de trabajo.
 - ii) Original del finiquito o carta con membrete del empleador donde se indique motivo y fecha de la terminación laboral.
 - iii) Copia de la baja del IMSS o ISSSTE.
- d) En caso de no contar con alguno de los documentos indicados en el inciso c), cualquier otro documento que le permita acreditar la baja como trabajador en la empresa donde laboraba.
- e) Copia de identificación oficial.

8. Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Primero Seguros Vida, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 70 años.

9. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.

VIII) Servicios de Asistencia

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

Los servicios de asistencia son proporcionados por un tercero y aplican únicamente en territorio nacional. El Asegurado podrá recibir estos servicios comunicándose al teléfono que aparece en el Certificado.

El proveedor de estos servicios podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y precios preferenciales.

A continuación se describen los servicios que se pueden ofrecer, los cuales deberán de estar especificados en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

1. Asistencia Médica

a. Traslado Médico Terrestre de Emergencia

Si el Asegurado sufre un accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del prestador de servicios, en contacto con el médico que los atiende, recomiende su hospitalización, se organizará y cubrirá el costo del traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Este traslado se otorgará como máximo dos veces por cada aniversario de la póliza. En caso de requerirse traslados adicionales, el Asegurado deberá cubrir los gastos a precios preferenciales.

b. Médico a Domicilio

Se facilitará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico general en las principales ciudades de la República Mexicana.

Este servicio se coordinará sin límite de eventos con un costo preferencial para el Asegurado.

c. Orientación Médica Telefónica

El equipo médico del prestador de servicios orientará al Asegurado en su país de residencia sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, además de segundas opiniones e interpretación de resultados de laboratorios.

A solicitud del Asegurado, se facilitará los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico o concertando una cita en el consultorio, en ambos casos, con costo preferencial para el Asegurado.

También, se otorgará información relacionada con hospitales, farmacias, clínicas, laboratorios, médicos especialistas, enfermeras, ópticas, casas de ortopedia, etc.

d. Referencias Médicas

A solicitud del Asegurado, se proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de atención de las clínicas, hospitales, laboratorios, doctores generales o de especialidad, que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación.

2. Asistencia Funeraria

a. Asistencia Legal Funeraria

Se enviará a uno de los abogados de la red para asesorar y ayudar a los deudos a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario, tales como:

- Asistencia para obtener el Certificado de defunción de la Secretaría de Salud.
- Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
- Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- Notificación a acreedores para la liberación de deudas.

En caso de muerte violenta y a petición de los deudos, se realizará ante el Ministerio Público y el médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Beneficiario, y en su caso la demanda inicial en contra del responsable.

b. Servicio de Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, el prestador de servicios a través de su red de proveedores realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos al entierro de los restos en el lugar donde se haya efectuado el deceso.

Se cubrirá dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta \$16,000 pesos. Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del difunto en pago por anticipado al proveedor.

La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto.

Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red del proveedor de servicios con los que cuenta la compañía a Nivel Nacional.

Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del Estado.

Se brindará el servicio funerario en caso de fallecimiento que incluye:

- Traslado a la Agencia Funeraria.
- Estética y embalsamado.
- Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- Carroza fúnebre.
- Autobús de acompañamiento.
- Ataúd metálico.
- Cremación y urna para cenizas.
- Red de descuentos con agencias funerarias.
- Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

3. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Primero Seguros Vida, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea 66 años.

4. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0095-0480-2013 de fecha 08 de Agosto de 2013.

PRIMERO SEGUROS VIDA, S.A. DE C. V.

Av. Constitución No. 2050, Col. Obispado, 64060, Monterrey, Nuevo León Tel.: 01 800 999 5555

www.suramexico.com/seguros