



# Condiciones Generales

Seguro Educativo  
de Vida Individual

## Contenido

<b>1. DEFINICIONES .....</b>	<b>4</b>
<b>2. COBERTURA BÁSICA DEL SEGURO EDUCACIONAL .....</b>	<b>8</b>
<b>3. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO.....</b>	<b>9</b>
3.1 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SOLICITANTE .....	9
3.2 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SOLICITANTE .....	10
3.3 PAGOS ADICIONALES POR SUPERVIVENCIA DEL MENOR.....	13
3.4 GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO SOLICITANTE .....	13
3.5 FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SOLICITANTE .....	14
3.6 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SOLICITANTE .....	14
3.7 MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO SOLICITANTE.....	14
<b>4. COBERTURAS ADICIONALES SIN COSTO.....</b>	<b>15</b>
4.1 ANTICIPO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL.....	15
4.2 PAGO INMEDIATO PARA ÚLTIMOS GASTOS .....	18
<b>5. CLÁUSULAS GENERALES .....</b>	<b>18</b>
5.1 PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO .....	18
5.2 VIGENCIA DEL CONTRATO .....	19
5.3 MONEDA.....	19
5.4 PRIMA .....	19
5.4.1 Descuentos en primas por reducción de edad .....	20
5.5 SUMA ASEGURADA.....	20
5.6 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS .....	21
5.7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	22
5.7.1 Aviso del Siniestro .....	22
5.7.2 Comprobación .....	22
5.7.3 Lugar, forma y pago del siniestro .....	24
5.8 INTERÉS MORATORIO.....	25
5.9 EDAD.....	25
5.10 SUICIDIO.....	26
5.11 OMISIONES Y/O FALSAS DECLARACIONES .....	26
5.12 DISPUTABILIDAD .....	27
5.13 CARENCIA DE RESTRICCIONES .....	27
5.14 CAMBIO DE OCUPACIÓN .....	27
5.15 PRESCRIPCIÓN .....	27
5.16 NOTIFICACIONES Y MODIFICACIONES .....	28
5.17 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....	28
5.18 RÉGIMEN FISCAL .....	28
5.19 REHABILITACIÓN.....	29
5.20 COMISIONES.....	29
5.21 COMPETENCIA .....	29

<b>6.</b>	<b>CLÁUSULAS PARTICULARES .....</b>	<b>30</b>
6.1	VALORES GARANTIZADOS .....	30
6.1.1	Rescate o Valor en Efectivo .....	30
6.1.2	Seguro Prorrogado .....	30
6.1.3	Seguro Saldado .....	30
6.2	FONDO EN ADMINISTRACIÓN .....	31
6.2.1	Retiros .....	31
6.2.2	Estados de cuenta .....	32
6.3	PRÉSTAMOS .....	32
6.3.1	Préstamo Automático .....	32
6.3.2	Préstamo Ordinario .....	32
6.4	INCREMENTOS NO PROGRAMADOS DE SUMA ASEGURADA .....	33
6.5	RENOVACIÓN .....	34
<b>7.</b>	<b>COBERTURA ADICIONAL DESEMPLEO .....</b>	<b>35</b>
7.1	DEFINICIONES .....	35
7.2	RIESGOS CUBIERTOS .....	36
7.3	TÉRMINO DE LA COBERTURA .....	37
7.4	EXCLUSIONES .....	37
<b>8.</b>	<b>COBERTURA ADICIONAL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS .....</b>	<b>39</b>
8.1	DEFINICIONES .....	39
8.2	RIESGOS CUBIERTOS .....	39
8.3	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	40
8.3.1	Aviso del Siniestro .....	40
8.3.2	Comprobación .....	40
8.3.3	Lugar, forma y pago del siniestro .....	41

SEGUROS EL POTOSÍ, S.A., a quien en adelante se denominará La Compañía, es la compañía aseguradora que se obliga a brindar la protección por los beneficios amparados al(los) Asegurado(s) incluido(s) en la carátula de Póliza, durante la vigencia del contrato descrita en la misma, a cambio del pago de la Prima convenida.

## **OBJETO DEL CONTRATO**

El propósito de este seguro es otorgar un mecanismo tanto de protección como de ahorro, que permita generar un patrimonio que servirá para cubrir los gastos de los estudios universitarios y/o de postgrado de los hijos o dependientes económicos del Contratante.

### **1. DEFINICIONES**

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

#### **ACCIDENTE**

Toda lesión corporal proveniente de una causa externa súbita y violenta, que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones intencionalmente causadas por el Asegurado.

#### **ASEGURADO**

Cualquier persona física amparada por la presente póliza a través de alguna de las coberturas de este Contrato de Seguro.

#### **ASEGURADO SOLICITANTE O CONTRATANTE**

Persona física señalada en la carátula de la póliza que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, la cual se obliga a efectuar el pago de las Primas correspondientes al seguro. Para efectos de esta póliza, el solicitante podrá ser también asegurado.

#### **ASEGURADO MENOR**

Persona física señalada en la carátula de la póliza para la que se contrata la cobertura básica del Seguro Educativo; para efectos del presente contrato se considera como asegurado principal. El Asegurado Menor en ningún caso podrá fungir como Contratante.

## **BENEFICIARIOS**

Personas que por designación del (de los) Asegurado(s), serán quienes reciban el beneficio económico que amparan las coberturas contratadas.

## **CARÁTULA DE LA PÓLIZA**

Documento que contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y los de la Compañía, el número de contrato de seguro, la fecha de inicio de vigencia del contrato, la modalidad o plan de seguro contratado, las coberturas contratadas, los límites máximos de responsabilidad de la Compañía, las primas y su periodicidad de pago, y la designación de beneficiarios.

## **COBERTURA**

Prestación o beneficio que ofrece el seguro contratado a través de indemnizaciones.

## **CONDUSEF**

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

## **CULPA GRAVE**

Cuando el Asegurado, estando en posibilidad de hacerlo, no realice los actos mínimos y elementales a efecto de evitar se realice el siniestro.

## **EDAD**

La edad real del asegurado al inicio de vigencia del contrato.

## **EDAD ALCANZADA**

Es la edad que debe cumplir el Asegurado Menor para recibir el beneficio de supervivencia, será elegida por el Contratante de acuerdo con las opciones vigentes, en los términos de este contrato y quedará indicada en la carátula de la póliza.

## **ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL**

Para efectos de este contrato, se entenderá por Enfermedad en fase Terminal, aquella enfermedad cubierta por esta póliza que lleve irremediamente a la muerte y no exista para ella tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativo y que, de acuerdo con el dictamen médico se diagnostique al Asegurado una esperanza de vida menor a 12 meses.

El dictamen debe incluir las pruebas clínicas, radiológicas, histopatológicas, laboratorio y gabinete. El Informe debe ser detallado, fechado y firmado por un médico especialista en la materia, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, donde la determine como progresiva, incurable y la condición del pronóstico de vida del Asegurado menor a doce meses. Dicho dictamen deberá ser ratificado por un médico nombrado por la Compañía.

## **INDEMNIZACIÓN**

Compensación económica por un siniestro cubierto en el Contrato de Seguro.

## **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

a. Es la incapacidad que sufra el Asegurado de manera involuntaria a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurridos durante la vigencia de la cobertura, que lo imposibilite permanentemente para realizar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. El estado de incapacidad deberá permanecer en forma continua durante un periodo de espera de seis meses.

b. También será considerada como invalidez total y permanente, si el Asegurado sufre la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, ambos pies, ambas manos, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no será necesario el periodo de espera indicado en el párrafo anterior.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de la vista de un ojo, lo estipulado a continuación:

- Pérdida de una mano: su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- Pérdida de un pie: su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

## **LA COMPAÑÍA**

Seguros El Potosí, S.A.

## **PADECIMIENTO PREEXISTENTE**

Se entenderá por padecimiento preexistente, aquel que con anterioridad a la contratación de la póliza:

- a) Se haya declarado su existencia, o
- b) El asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- c) Que sea comprobable 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.

### **PERIODO DE ESPERA**

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura, o del diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado, y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

### **PERIODO DE GRACIA**

Plazo que la Compañía otorga al Contratante 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.

### **PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO**

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, la Solicitud de seguro, los Cuestionarios que firme el Asegurado, la Carátula de Póliza, así como los Recibos de pago de primas.

### **PRIMA**

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece el beneficio amparado en el Contrato al Asegurado basado en la declaración de la solicitud.

### **RECIBO DE PAGO**

Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

### **RIESGO**

Exposición a una eventualidad prevista en el contrato que, de darse, produce algún daño.

## **SINIESTRO**

Realización de la eventualidad prevista y cubierta por el contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

## **SUMA ASEGURADA**

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, para cada una de las coberturas contratadas al proceder un siniestro. Para efectos de esta Póliza, al referirse a la Suma Asegurada, se considerarán los incrementos y/o decrementos realizados durante la vigencia del Contrato y haciéndose constar en la carátula de la Póliza.

## **UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA)**

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.

## **VALORES GARANTIZADOS**

Son una parte de la reserva a la que tiene derecho el asegurado y podrá usarlas en distintas opciones: Valor en efectivo o Rescate, Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

## **VIGENCIA**

Es el plazo de tiempo por el que el Asegurado está protegido por la(s) cobertura(s) contratada(s) en la Póliza. La vigencia de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la póliza.

## **2. COBERTURA BÁSICA DEL SEGURO EDUCACIONAL**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Menor de acuerdo con lo que se indica a continuación y consta de los siguientes beneficios:

### **Cobertura por Supervivencia**

Si el Asegurado Menor llega con vida al final de la vigencia del contrato, la Compañía pagará al Beneficiario designado la suma asegurada contratada para esta cobertura, la cual se estipula en la carátula de la póliza, terminando desde esa fecha las obligaciones de la Compañía.

El pago de esta cobertura se realizará en una sola exhibición.

### **Cobertura por Fallecimiento**



Si el Asegurado Menor fallece durante el plazo del seguro estando vigente la póliza, se pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura, la cual se estipula en la carátula de la póliza.

Si al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Menor, éste no hubiera cumplido la edad de 12 años, la Compañía devolverá al Asegurado Solicitante las primas pagadas por esta cobertura a la fecha del fallecimiento, de acuerdo con el artículo 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deduciendo los gastos efectuados por la Compañía sobre las mismas, que corresponden a la administración y a la adquisición del seguro, y se dará por terminada la obligación de la Compañía.

El pago de esta cobertura se realizará en una sola exhibición.

El plazo de dos años a que se refiere la cláusula “Suicidio” se contará a partir de la fecha en que el menor cumpla los 12 años de edad.

#### **Edades de aceptación del Asegurado Menor:**

- Para Edad Alcanzada 18: la edad mínima de aceptación será de 0 años y la edad máxima, de 13 años.
- Para Edad Alcanzada 22: la edad mínima de aceptación será de 0 años y la edad máxima, de 17 años.
- Para Edad Alcanzada 23: la edad mínima de aceptación será de 0 años y la edad máxima, de 18 años.

### **3. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO**

Estas coberturas adicionales operarán sólo si se indica en la carátula de la póliza y mediante el pago de la prima correspondiente.

#### **3.1 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

Si durante la vigencia del contrato el Asegurado Solicitante fallece, la Compañía eximirá el pago de primas restantes que correspondan a la cobertura básica que venzan de la fecha que se compruebe el fallecimiento, quedando la póliza saldada.

La exención de pago de primas será respetando las características originales del contrato, de tal forma que la suma asegurada por sobrevivencia y fallecimiento se mantendrá vigente de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

**Edades de aceptación:**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 75 años respectivamente.

**EXCLUSIONES:**

**El beneficio que otorga esta cobertura no procederá cuando el fallecimiento ocurra por la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**

**3.2 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

Si durante la vigencia del contrato al Asegurado Solicitante le es dictaminado un estado de invalidez total y permanente, y haya transcurrido el periodo de espera establecido para esta cobertura, la Compañía lo eximirá del pago de primas restantes que correspondan a la cobertura básica que venzan de la fecha que se compruebe el estado de invalidez total y permanente, y siempre que persista éste.

La exención de pago de primas será respetando las características originales del contrato, de tal forma que la suma asegurada por sobrevivencia y fallecimiento se mantendrá vigente de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

Esta cobertura contratada estará en vigor mientras el asegurado no haya alcanzado la edad de 65 años, en cuyo caso, se cancelará automáticamente a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza o de la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, eliminándose el pago de la prima correspondiente.

**Periodo de Espera**

Para que esta cobertura opere, deberá transcurrir un Periodo de Espera continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses, contados a partir de que una institución o médico

especialista dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente. Este periodo solo aplica para el inciso a. de la definición de Invalidez Total y Permanente. Durante dicho periodo el Asegurado Solicitante deberá continuar con el pago de la prima.

Las obligaciones de la Compañía provenientes de esta cobertura quedarán extinguidas en caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez del Asegurado Solicitante dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

### **Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente**

A fin de comprobar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado, al reclamar el beneficio amparado, deberá presentar, además de los requisitos solicitados por la Compañía, el Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por una institución o un médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará a través de un médico especialista en la materia.

A efecto de decretar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha en que ocurrió el siniestro, o que, de existir dicha posibilidad de cura, dichos tratamientos no están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir a su costa, la comprobación de que continua el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de un estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del reclamante y la Compañía. La Compañía acepta que, si el Asegurado acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

### **Edades de aceptación**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 64 años respectivamente.

## **EXCLUSIONES**

**El beneficio que otorga esta cobertura no procederá cuando la invalidez sea consecuencia de:**

- **Lesiones o enfermedades provenientes, provocadas o sufridas:**
  - a. **Intencionalmente por el Asegurado, Contratante o Beneficiario.**
  - b. **En servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o revolución.**
  - c. **Por participar en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
  - d. **Al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
  - e. **Por padecimientos preexistentes.**
  - f. **Por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental, pérdida del conocimiento o estupefacientes y sustancias psicotrópicas, excepto si fueron prescritas por un médico.**

**Para determinar si el Asegurado se encontraba en alguno de los estados señalados en el párrafo anterior, la Compañía deberá tomar en cuenta los resultados del dictamen pericial emitidos por las autoridades competentes y la legislación aplicable que se encuentre vigente en el momento del siniestro.**

- **Accidentes que ocurran:**
  - a. **Mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en una nave de Compañía comercial para el transporte público, debidamente autorizada, con boleto pagado, en viaje de itinerario regular y entre aeropuertos o puertos establecidos.**

- b. Por participación directa del Asegurado, durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- c. Mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- d. Mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto cuando se haya cubierto el riesgo por la Compañía.**
- e. Lesiones, enfermedades o accidentes por Radiaciones atómicas.**

### **3.3 PAGOS ADICIONALES POR SUPERVIVENCIA DEL MENOR**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Menor.

Mediante el pago de la Prima correspondiente a esta cobertura se garantiza el pago al Asegurado Solicitante de la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la póliza, siempre y cuando el Asegurado Menor llegue con vida al aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que éste cumpla, entre una o varias de las siguientes opciones de edad alcanzada: 6, 12 y/o 15 años, según se haya convenido, extinguiéndose a partir de esa fecha las obligaciones de la Compañía para esta cobertura.

**En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Menor durante el plazo de esta cobertura, no existirá ninguna obligación para la Compañía.**

En caso de hacer uso del derecho de valores garantizados, esta cobertura otorga únicamente como tal el Valor de Rescate.

#### **Edades de aceptación:**

Las edades de aceptación del Asegurado Menor para la contratación de esta cobertura son las mismas de la cobertura básica.

### **3.4 GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura en caso de que el fallecimiento del Asegurado Solicitante ocurriera dentro del plazo de seguro y estando la póliza vigente.

**Edades de aceptación:**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 75 años respectivamente.

### **3.5 FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura en caso de que el Asegurado Solicitante fallezca durante el plazo del seguro y mientras esté la póliza vigente.

**Edades de aceptación:**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 75 años respectivamente.

### **3.6 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

La Compañía pagará al propio Asegurado Solicitante la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que a éste le sea dictaminado un estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando este estado sea dictaminado mientras la póliza esté vigente y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en la que el Asegurado Solicitante cumpla 65 años.

**Edades de aceptación:**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 64 años respectivamente.

### **3.7 MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO SOLICITANTE**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Solicitante.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para esta cobertura en caso de que el Asegurado Solicitante fallezca en un accidente o consecuencia de él, siempre que la muerte ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, la póliza esté vigente y se encuentre antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en la que el Asegurado Solicitante cumpla 70 años.

**Edades de aceptación:**

Las edades mínima y máxima de aceptación para la contratación de esta cobertura son de 18 y 69 años respectivamente.

**4. COBERTURAS ADICIONALES SIN COSTO**

Esta cobertura aplica únicamente para las pólizas que tengan contratada la cobertura adicional de Fallecimiento del Asegurado Solicitante.

El Asegurado tendrá derecho, sin costo adicional en prima, a las siguientes cláusulas adicionales, siempre y cuando se cumpla con las condiciones especificadas en las mismas:

**4.1 ANTICIPO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL**

La Compañía podrá anticipar al Asegurado, hasta el 30% de la Suma Asegurada alcanzada para la cobertura por Fallecimiento con un tope máximo de 240 veces el valor mensual de la UMA, en caso de que sea diagnosticado con una enfermedad cubierta en fase terminal y cumpla con las características previstas en esta póliza.

De proceder esta cobertura, en el momento que el Asegurado fallezca, la Compañía entregará a los Beneficiarios designados en esta póliza, la Suma Asegurada Contratada por Fallecimiento descontando el adelanto que se hubiere dado al Asegurado por enfermedad cubierta en fase terminal.

En caso de que la Póliza tenga Beneficiarios irrevocables, para que proceda el beneficio de esta cobertura, éstos deberán notificar a la Compañía por escrito, que están de acuerdo en que el Asegurado haga uso de este beneficio.

**Vigencia:** Esta cobertura entrará en vigor a partir del tercer año de expedición del contrato o de su última rehabilitación, siempre que no exista adeudo alguno por parte del asegurado relacionado con cualquier tipo de préstamo, en caso de que esta póliza los otorgue a través de sus Valores Garantizados.

Esta Cobertura se cancelará:

- Por cualquiera de las causas de terminación de la Cobertura básica.
- Al momento en que haya procedido el pago de alguna de las Coberturas Adicionales con Costo.

### **Enfermedades cubiertas:**

#### **Infarto Masivo al Miocardio**

La afectación de una gran parte del tejido del miocardio, como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

Tratándose de esta enfermedad el diagnóstico deberá incluir:

- Un historial de dolores torácicos típicos (algias precordiales).
- Cambios específicos y permanentes en el electrocardiograma.
- Elevación de las enzimas cardíacas.
- Aparición o no de aneurisma ventricular.
- Historia post-infarto de trastornos del ritmo cardíaco como fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia paroxística o sostenida supra o ventricular, bloqueo de la rama izquierda del haz de his y bloqueos aurículo-ventriculares, insuficiencia cardíaca.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando:

- El infarto del miocardio haya requerido atención hospitalaria y siempre que hubiera permanecido cuatro días continuos en unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- Que el infarto del miocardio determine la incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
- No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia de mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.
- Persistencia de la sintomatología miocárdica.

#### **Enfermedad Coronaria Obstructiva**

Definida como la dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.



El diagnóstico deberá incluir:

- Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
- Los Estudios de angiografía, cateterismos coronarios o cualquier otro estudio específico demuestren la obstrucción de tres o más arterias coronarias en un 70%.
- Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando el Asegurado haya requerido atención hospitalaria, los tres primeros días hayan sido en unidad coronaria o similar y el tratamiento vigilado por un médico cardiólogo legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

### **Hemorragia o Infarto Cerebral**

Cualquier hemorragia u obstrucción cerebro-vascular, que da lugar a una disminución o falta de aporte de sangre al cerebro. Se incluyen el infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

La indemnización del beneficio debido a esta enfermedad procederá cuando:

- La enfermedad haya dejado secuelas neurológicas con duración de más de veinticuatro horas.
- Se compruebe deficiencia neurológica con duración de más de tres meses.
- Cuando el pronóstico médico sea irreversible.

### **Cáncer**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un crecimiento descontrolado de células patógenas a partir de células normales, e invadiendo y/o infiltrando tejidos normales cercanos y/o diseminándose por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia ubicaciones distintas en el organismo provocando metástasis.

### **Insuficiencia Renal Crónica**

Enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva e irreversible de las funciones de ambos riñones, y que conduce a su incapacidad total para realizar su función excretora y reguladora, haciendo inaplazable la incorporación de tratamientos de diálisis permanente o trasplante renal.

### **Exclusiones**

**Queda excluido el beneficio de esta cobertura si la enfermedad en fase terminal se debe a:**

- a) Intento de suicidio o lesión intencional.**
- b) Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) Enfermedades acompañadas por una infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o derivadas de ésta.**
- d) Enfermedades cubiertas en fase terminal diagnosticadas previo al inicio de vigencia de la póliza.**
- e) Cualquier cáncer sin invasión e "in situ", así como el cáncer de la piel, los considerados como lesiones pre-malignas, excepto el melanoma de invasión.**

#### **4.2 PAGO INMEDIATO PARA ÚLTIMOS GASTOS**

Al fallecimiento del Asegurado, con la sola presentación del certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario, la Compañía hará un anticipo inmediato de hasta el 30% de la Suma Asegurada contratada para la cobertura por fallecimiento con tope de 24 veces el valor mensual de la UMA.

Si hubiere varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará al que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del Seguro sea igual o mayor al monto que por esta cobertura tenga que pagar la Compañía.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía, será descontada de la Suma Asegurada por fallecimiento que le correspondía al (los) beneficiario(s) que hizo (hicieron) uso de esta cobertura.

**Vigencia:** Esta cobertura entrará en vigor a partir del tercer año de expedición del contrato o de su última rehabilitación.

### **5. CLÁUSULAS GENERALES**

Las siguientes cláusulas aplicarán independientemente de los riesgos contratados.

#### **5.1 PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO**

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios que firme el Asegurado, la Carátula de Póliza, así como los Recibos de Pago de Primas, constituyen prueba de este Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, el cual sólo podrá ser modificado previo acuerdo entre ellos, haciéndose constar por escrito mediante Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

## **5.2 VIGENCIA DEL CONTRATO**

La vigencia del contrato se especificará en la carátula de la póliza.

## **5.3 MONEDA**

Todos los pagos relativos a este Contrato sean primas o indemnizaciones, deberán efectuarse en Moneda Nacional, de acuerdo con lo indicado en la carátula de la póliza, conforme a la Ley Monetaria vigente al momento del pago.

## **5.4 PRIMA**

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato.

La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si este fuere el caso, cada una de las fracciones vencerá al comienzo y no al fin del período que comprenda, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine al aniversario de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (artículo 40 Ley sobre el Contrato de Seguro).

El pago de las primas deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente o a través de los medios que ésta disponga para el pago de las mismas.

Cuando la modalidad de pago elegida por el Contratante sea mediante el cargo a una cuenta de cheques y/o tarjeta de débito y/o tarjeta de crédito, la efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía. El estado de cuenta bancario

en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena del pago.

Si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria no autoriza o no lo acepta, el Asegurado podrá cubrir directamente el importe de las primas correspondientes a través de otros medios que la Compañía tenga disponibles. En todo caso, el Asegurado deberá conservar el comprobante de pago.

Si el Asegurado no hubiese pagado la prima dentro del plazo convenido, se aplicará el saldo del Fondo en Administración en caso de existir y de acuerdo con lo establecido en la cláusula "Fondo en Administración". Si dicho fondo es insuficiente, la Compañía podrá aplicar el Préstamo Automático que tuviere el plan si éste fuere suficiente, para cubrir el importe correspondiente de la prima del periodo en curso. En caso de Indemnización por cualquier cobertura amparada, la Compañía deducirá de ésta el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente a la anualidad en curso.

Cuando la prima se fije considerando determinados hechos que agraven el riesgo y estos desaparezcan o pierdan su importancia en el curso del seguro, el Asegurado tendrá derecho a exigir que en los períodos siguientes se reduzca la prima, conforme al nuevo riesgo.

#### **5.4.1 Descuentos en primas por reducción de edad**

Las siguientes consideraciones solo aplicarán sobre el Asegurado Solicitante.

- a) **No fumador:** Para el Asegurado que, de acuerdo con lo declarado en la solicitud, haya sido aceptado por la Compañía como No Fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas es dos años inferior a su edad real.
- b) **Género femenino:** El Asegurado cuyo género sea femenino gozará de un descuento en edad de 3 años.

En ningún caso la edad de cálculo del Asegurado que resulte de la aplicación de los descuentos para mujeres y/o para no fumadores, podrá ser menor a 18 años.

## **5.5 SUMA ASEGURADA**

Para efectos de este Contrato, la Suma Asegurada para cada Cobertura contratada se establece en la Carátula de la Póliza.

## **5.6 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios. En caso de cambios, deberá notificarlo por escrito a la Compañía. La Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, su parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los Beneficiarios supervivientes.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o cuando el Asegurado haya renunciado a su derecho de revocar su designación, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notifique al Beneficiario y a la Compañía y haciéndolo constar en la Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En tal caso, si el beneficiario irrevocable y el Asegurado mueren simultáneamente, el importe que le correspondía al beneficiario irrevocable se pagará a la sucesión de éste.

### **ADVERTENCIA:**

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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.

## **5.7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

### **5.7.1 Aviso del Siniestro**

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario tengan conocimiento del siniestro, deberán notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de cinco días de acuerdo con el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicha notificación tan pronto desaparezca el impedimento.

### **5.7.2 Comprobación**

Para hacer efectivo el pago de la indemnización correspondiente, se deberán presentar a la compañía los siguientes documentos:

Para las coberturas por fallecimiento y muerte accidental:

1. Solicitud de reclamación de Beneficiario(s), requisitado en todos sus puntos.
2. Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado (requisitado en su totalidad por el médico Certificante o Tratante) o Certificado de defunción en copia certificada.
3. Original de acta de defunción o copia certificada.
4. Original de acta de nacimiento del Asegurado o copia certificada.
5. Original de acta de nacimiento de los beneficiarios o copia certificada.
6. Original de acta de matrimonio en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o copia certificada.
7. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar original de acta de defunción o copia certificada.
8. Identificación del Beneficiarios (Original y copia de credencial, Pasaporte o Cédula Profesional)

9. Formato conoce a tu cliente (art.492) llenado por cada uno de los beneficiarios mayores de edad, el cual será proporcionado por la Aseguradora.
10. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico-toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones)
11. En caso de que el beneficiario sea una persona moral, es necesario presentar acta constitutiva (copia certificada) y poder notarial del apoderado legal reclamante.
12. Cuando el beneficiario sea alguna institución financiera por razón de algún crédito otorgado al asegurado, será necesario el estado de cuenta a la fecha del fallecimiento, con sello y firma.
13. Cuando el beneficiario sea un contrato de fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el banco y adjuntar copia del contrato.

Para las coberturas de invalidez:

1. Solicitud de reclamación de pago por Invalidez Total y Permanente y/o Pérdidas Orgánicas, la cual deberá ser requisitada en su totalidad por el Asegurado.
2. Información de carácter general para el trámite de una reclamación por invalidez y/o pérdidas orgánicas.
3. Original de acta de nacimiento del Asegurado o copia certificada.
4. Identificación oficial vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del Asegurado (credencial de elector, pasaporte, cartilla de servicio militar, cédula profesional)
5. Cuestionario médico (el cual debe ser contestado de puño y letra por el médico tratante).

6. Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA), o Resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
7. Estudios de Laboratorio y Gabinete realizados (radiografías, resonancia magnética, tomografía, ultrasonido, etc.).
8. Formato conoce a tu cliente (art.492) llenado por cada uno de los beneficiarios mayores de edad, el cual será proporcionado por la Aseguradora.
9. Actuaciones de Ministerio Público Certificadas en caso de que la invalidez o pérdida orgánica haya sido consecutiva a un accidente.
10. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
11. Original de póliza de seguro
12. Último recibo de pago de su póliza (en original)

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

### **5.7.3 Lugar, forma y pago del siniestro**

El pago que haga la Compañía será a través de cheque en sus oficinas o alguno de los medios electrónicos autorizados de los que disponga a una cuenta a nombre del Beneficiario.

Toda indemnización deberá ser pagada por la Compañía en el transcurso de los 30 días siguientes a partir de la fecha en que haya recibido los documentos e información que avalen la procedencia de la reclamación.

Cualquier adeudo contraído por el Asegurado en virtud de este Contrato será descontado de la Indemnización.



## **5.8 INTERÉS MORATORIO**

Si la Compañía no cumple con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, no obstante haber recibido los documentos e información que avalen la procedencia de la reclamación, quedará obligada a pagar al Asegurado o Beneficiario, un interés de conformidad con lo establecido por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

## **5.9 EDAD**

Para efectos de esta póliza se considerará como edad del Asegurado, la indicada en la carátula de la póliza.

La edad del Asegurado debe comprobarse presentando pruebas a la Compañía, quien lo anotará en la póliza o le extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas cuando tenga que pagar el siniestro. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la Suma Asegurada contratada.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el Asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la Compañía, para comprobar ese hecho.

Cuando por dicha comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado, se procederá de acuerdo con lo siguiente:

- a)** La Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración hubiera estado fuera de los límites de aceptación; en tal caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.
- b)** Si la edad real estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
  - Cuando la edad del Asegurado sea mayor que la declarada en la Solicitud, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada en la Carátula de la Póliza y la que debió corresponder a la fecha de celebración del contrato.

- Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más, conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

**c)** Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

## **5.10 SUICIDIO**

**La Compañía estará obligada al pago de la indemnización, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la Compañía reembolsará únicamente la reserva matemática.**

**En caso de rehabilitación y/o incrementos adicionales de suma asegurada no estipulados en el contrato original, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la Compañía.**

**Para el Menor Asegurado, dicho plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que éste cumpla los 12 años.**

## **5.11 OMISIONES Y/O FALSAS DECLARACIONES**

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato, de acuerdo con lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Cualquier omisión o

inexacta declaración proporcionada para apreciar el riesgo, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, tal como lo prevé el artículo 47 de esta misma Ley.

### **5.12 DISPUTABILIDAD**

Este Contrato sólo será disputable durante los dos primeros años de su emisión o de su última rehabilitación por omisiones y/o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud de Seguro y/o en los cuestionarios que se le requieran al Asegurado para apreciar el riesgo; transcurrido este periodo, la Compañía renuncia al derecho que le confiere el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por esa causa.

Para el Asegurado Menor, el plazo de dos años a que se refieren esta cláusula se contará a partir de la fecha en que el menor cumpla los 12 (doce) años.

### **5.13 CARENCIA DE RESTRICCIONES**

Este Contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y género de vida del Asegurado posteriores a su contratación.

### **5.14 CAMBIO DE OCUPACIÓN**

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, deberá notificarlo por escrito a la Compañía en los siguientes 30 días naturales de haberse efectuado dicho cambio.

Con esa notificación la Compañía realizará el ajuste correspondiente a la prima con base en la disminución o agravación del riesgo por la nueva ocupación de acuerdo con la extra prima que corresponda.

### **5.15 PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos años en los demás casos, contados en los términos del Artículo 81 de Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y

Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y el nombramiento de peritos, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### **5.16 NOTIFICACIONES Y MODIFICACIONES**

Toda notificación de cualquiera de las partes relacionada con este Contrato deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

De acuerdo con el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, sólo hacen prueba del contrato de seguro, las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito mediante endosos a la misma registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

### **5.17 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”. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

### **5.18 RÉGIMEN FISCAL**

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes o Asegurados o Beneficiarios podrán causar impuesto. Cuando sea el caso, el cálculo específico de los impuestos y las tasas

impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo con la legislación en vigor en la fecha de pago.

### **5.19 REHABILITACIÓN**

Cuando los efectos de este Contrato hubieren cesado por falta de pago o se haya ejercido el derecho de mudarlo a Seguro Prorrogado o Saldado, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, siempre y cuando se encuentre dentro del plazo del seguro, de acuerdo con las políticas vigentes de la Compañía al momento de la solicitud y justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a juicio de la Compañía. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

### **5.20 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.

### **5.21 COMPETENCIA**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la 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 las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

## **6. CLÁUSULAS PARTICULARES**

### **6.1 VALORES GARANTIZADOS**

Representan una parte de la reserva a la que tiene derecho el Asegurado. El monto de estos valores depende del plan contratado, la edad del Asegurado y el número de años de primas pagadas y podrán ser utilizarlos en alguna de las siguientes opciones: Valor en efectivo o Rescate, Seguro Saldado o Seguro Prorrogado.

En caso de que este Contrato los otorgue, se muestran en la Tabla de Valores Garantizados anexa a esta Póliza.

#### **6.1.1 Rescate o Valor en Efectivo**

El Asegurado podrá obtener como Rescate la cantidad que aparece en la Tabla de Valores Garantizados, de acuerdo con la edad de ingreso y al número de años que el Seguro haya estado en vigor. En caso de solicitarlo en una fecha que no coincida con el aniversario de la Póliza, el Valor se determinará deduciendo un 5% por cada mes faltante de la anualidad respectiva. Una vez pagado por la Compañía, el seguro quedará automáticamente cancelado.

#### **6.1.2 Seguro Prorrogado**

El Valor Garantizado será utilizado para mudar a un seguro a prima única **manteniendo la Suma Asegurada contratada por Fallecimiento y reduciendo el plazo del seguro**. Dicho valor será el que le corresponda a la fecha en que lo haga efectivo, de acuerdo con la proyección de valores descrita en la Tabla de Valores Garantizados. Lo anterior procederá sin más pago de prima por parte del Asegurado.

#### **6.1.3 Seguro Saldado**

El Valor Garantizado será utilizado para mudar a un seguro a prima única **reduciendo la Suma Asegurada por Fallecimiento y manteniendo el plazo del seguro**. Dicho valor será el que le corresponda a la fecha en que lo haga efectivo, de acuerdo con la proyección de valores descrita en la Tabla de Valores Garantizados. Lo anterior procederá sin más pago de prima por parte del Asegurado.

## **6.2 FONDO EN ADMINISTRACIÓN**

Seguros El Potosí está autorizada para administrar valores en efectivo propiedad del asegurado proveniente de dotales a corto plazo, dichos valores en administración constituyen el fondo en administración.

Este fondo generará intereses, según la tasa de rendimiento obtenida por la Compañía en sus inversiones. Dichos intereses, se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real en que los abonos ingresaron al fondo en administración.

El fondo en administración del Asegurado formará parte de la liquidación que haga la Compañía al Contratante en caso de cancelarse la póliza o de la liquidación que haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado o al término del plazo de cobertura.

La Compañía invertirá el monto correspondiente al fondo en administración en valores de renta y a plazos fijos de los emitidos por Instituciones de crédito y por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, de conformidad con las reglas para las inversiones de las reservas técnicas autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; asimismo, retendrá como gasto de administración del fondo el 5 (cinco) por ciento del rendimiento de éste; dicho cargo se indicará en el estado de cuenta que La Compañía envíe al Asegurado en la fecha de aniversario de la póliza.

### **6.2.1 Retiros**

El asegurado podrá realizar retiros de su fondo que representen la totalidad o una parcialidad de su saldo para lo cual deberá solicitarlo por escrito con al menos treinta días de anticipación.

Si la petición llegase a ser después del período de gracia para el pago de la prima a que se refiere la cláusula “Prima”, el saldo será el existente después de aplicar la cláusula de “Préstamo Automático” para el pago de primas.

En cada retiro, la Compañía tendrá derecho a aplicar un cargo por concepto de gastos de administración del fondo considerando la fracción de año que la cantidad retirada estuvo en el fondo.

## **6.2.2 Estados de cuenta**

La Compañía enviará gratuitamente al domicilio registrado en la póliza o al que posteriormente indique el Contratante el estado de cuenta correspondiente a las operaciones y servicios contratados en cuyo caso el plan de seguros contratado contemple componentes de inversión.

Los estados de cuenta serán enviados por periodos que no excedan los tres meses a través de medios electrónicos o en papel impreso. En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, se enviará el estado de cuenta impreso cuando menos semestralmente.

A solicitud del contratante, se podrá establecer que, en sustitución de la obligación referida en el párrafo anterior, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier otro medio que al efecto se acuerde entre las partes.

## **6.3 PRÉSTAMOS**

### **6.3.1 Préstamo Automático**

Si el Asegurado dejare de cubrir una prima dentro del periodo de gracia estipulado en este Contrato, y si el saldo disponible en el Fondo en Administración es insuficiente para el pago de la prima vencida pendiente de pago, la Compañía prestará la diferencia al Contratante, sin necesidad de solicitud alguna de su parte y sujeto a lo establecido para el Préstamo ordinario, el importe de dicha prima.

### **6.3.2 Préstamo Ordinario**

El Asegurado tendrá derecho a obtener de la Compañía, préstamos que, sumados, no excedan el Valor en Efectivo disponible hasta ese momento, los préstamos causarán intereses por anticipado.

Mientras el adeudo sea inferior al valor en efectivo, la póliza continuará en vigor, en el momento en que el adeudo iguale o supere el valor en efectivo, si el Asegurado no liquida el préstamo y sus intereses, se aplicará automáticamente y sin pago posterior de primas la conversión a un seguro prorrogado.



Las deudas contraídas por este concepto podrán ser pagadas por el Asegurado en cualquier tiempo, ya sea en un sólo pago o en pagos parciales, siempre que la póliza esté en vigor. En caso de presentarse alguna eventualidad prevista en el contrato y proceda el pago de la indemnización, la Compañía deducirá de ésta el préstamo y los intereses adeudados a la fecha de pago.

Si la muerte del Asegurado ocurre durante el periodo del Seguro Saldado y/o Seguro Prorrogado, la Compañía pagará la Suma Asegurada por Fallecimiento establecida en la Tabla de Valores Garantizados.

En caso de rescate del Seguro Saldado y/o Seguro Prorrogado, el Asegurado podrá obtener el 90% de la reserva que corresponda al Contrato.

Para tener derecho a las opciones de Seguro Prorrogado o Seguro Saldado, no deberá existir adeudo por parte del Asegurado relacionado a este contrato y remitir la Póliza a la Compañía para su anotación.

Al hacer uso de cualquiera de estas opciones, las Coberturas adicionales con costo que hubiesen estado contratadas quedarán canceladas.

#### **6.4 INCREMENTOS NO PROGRAMADOS DE SUMA ASEGURADA**

Si el Contrato es pactado en moneda nacional, el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada en cualquier aniversario de la Póliza. La aceptación estará sujeta a comprobar que el Asegurado reúne los Requisitos de Asegurabilidad solicitados por la Compañía.

Todo incremento de suma asegurada hecho a solicitud del Asegurado posterior al inicio de vigencia estará sujeto a partir de su aumento a lo estipulado en la cláusula de Disputabilidad y Suicidio.

En caso de aceptar el incremento, la nueva Prima estará en función de la edad alcanzada que tenga el (los) Asegurado(s) en la fecha en que se lleve a cabo el incremento incluyendo cualquier extraprima por salud u ocupación que la póliza original hubiera tenido, y se calculará a partir de las bases que la Compañía tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

El incremento en la Suma Asegurada entrará en vigor una vez que la Prima incluya el aumento correspondiente, lo cual sucederá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de aceptación por parte de la Compañía.

## 6.5 RENOVACIÓN

En este producto no existe renovación.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención al Asegurado** de nuestra Institución a los teléfonos 01 800 480 3100 o (444) 834 9000, correo electrónico: [atencion\\_usuarios@elpotosi.com.mx](mailto:atencion_usuarios@elpotosi.com.mx) o visite [www.elpotosi.com.mx](http://www.elpotosi.com.mx), dirección: Av. Dr. Manuel Nava 200-A Int. 1, Col. Los Filtros, Código Postal 78210, San Luis Potosí, S.L.P.

Datos de contacto de la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**: Teléfono: (55) 54 48 70 00 en el D.F. y el interior de la República al 01 800 999 80 80, domicilio en Av. Insurgentes Sur No. 762 Col. Del Valle México D.F. C.P. 03100, correo electrónico [asesoría@condusef.gob.mx](mailto:asesoría@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://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 13 de Octubre del 2020, con el número CNSF-S0008-0468-2020, RECAS: CONDUSEF-004632-01”.***

## **7. COBERTURA ADICIONAL DESEMPLEO**

En caso de contar con esta cobertura, deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

### **7.1 DEFINICIONES**

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

#### **ASEGURADO**

Toda persona que sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y hasta los sesenta y cinco (65) años cumplidos que está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Es la persona designada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza, que cumple con los requisitos que la misma exige y que se ve expuestas al riesgo de desempleo involuntario.

#### **BENEFICIARIO**

Para esta cobertura, el beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### **COMPAÑÍA**

Seguros El Potosí, S.A.

#### **CONTRATANTE**

Es la persona natural o jurídica que suscribe el seguro con la Compañía Aseguradora y que figura como tal en las Condiciones Particulares.

#### **DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

Es la desvinculación laboral que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

#### **DOLO O MALA FE**

Acciones u omisiones que una persona emplea para inducir o mantener a otra en un error, por medio del engaño, la disimulación de la realidad o cualquier otra acción u omisión tendiente a hacer parecer los hechos de modo diverso a la realidad.

**EPIDEMIA**

Se cataloga como epidemia, cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto.

**EVENTO**

La ocurrencia de una situación de Desempleo Involuntario bajo este seguro.

**PANDEMIA**

Se presenta una pandemia cuando se cumplen dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.

**PERIODO DE CARENANCIA**

Es el periodo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización. El periodo de carencia será el indicado en las condiciones particulares y en la carátula de la póliza.

**SINIESTRO**

Ocurrencia de la eventualidad prevista en la Póliza.

Seguros El Potosí, S.A. denominada en lo sucesivo la Compañía, de acuerdo con estas condiciones particulares, indemnizará al beneficiario con el pago del monto contratado, a la ocurrencia del siguiente evento:

**7.2 RIESGOS CUBIERTOS**

Mediante la contratación de esta cobertura la Compañía se obliga a pagar al beneficiario de esta cobertura, el monto asegurado indicado en la carátula de la póliza bajo las condiciones especificadas en la misma ante la pérdida de ingresos por terminación de la Relación Laboral de forma involuntaria y por causas distintas a enfermedad, lesión, invalidez o incapacidad del Asegurado; siempre y cuando ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

La cobertura a opción del contratante o asegurado podrá ser elegida de la siguiente manera:

- a. Solo una ocasión durante toda la vigencia de la póliza sin importar los años que dure ésta.

- b. Solo una ocasión durante la vigencia de la póliza, para pólizas con vigencias de hasta 5 años.
- c. 2 ocasiones para pólizas con vigencia de hasta 10 años (Pudiendo utilizar una vez cada 5 años).
- d. Hasta 3 ocasiones para pólizas con vigencia mayor a 10 años (Pudiendo utilizar una vez cada 5 años).

La cobertura será otorgada solo a personas que tengan una relación laboral bajo un contrato de trabajo por tiempo indefinido, y que el contrato cuente con una antigüedad mínima de 1 año al momento en el que sucede el desempleo.

### **7.3 TÉRMINO DE LA COBERTURA**

Esta cobertura expirará bajo las siguientes circunstancias:

- a. Al momento en que la compañía haga efectivo el número de reclamaciones contratado.
- b. Al haberse determinado la procedencia de coberturas de invalidez.

### **7.4 EXCLUSIONES**

**En adición a las exclusiones contempladas en las Condiciones Generales del beneficio básico, esta cobertura no cubre ni se refiere a:**

- **Esta póliza no indemnizará eventos provenientes de acciones provocadas voluntariamente por parte del Asegurado.**
- **Cuando entre el empleador y el Asegurado haya existido o exista parentesco por consanguinidad o afinidad en toda la línea directa, o en la colateral hasta el segundo grado inclusive.**
- **Desempleo por renuncia voluntaria, jubilación, terminación de la vigencia del contrato de trabajo o huelga, situaciones de desempleo por epidemias o pandemias.**

- Desempleo por invalidez.
- Empleados que laboran fuera del país.
- Cuando la persona sea distinta al contratante.

***“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 13 de Octubre del 2020, con el número BADI-S008-0106-2020, RECAS: CONDUSEF-004632-01”.***

En caso de contar con esta cobertura, deberá estar detallada en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

## **8. COBERTURA ADICIONAL REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS**

### **8.1 DEFINICIONES**

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

#### **ACCIDENTE**

Toda lesión corporal proveniente de una causa externa súbita y violenta, que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones intencionalmente causadas por el Asegurado.

Seguros El Potosí, S.A. denominada en lo sucesivo la Compañía, de acuerdo con estas condiciones particulares, indemnizará al beneficiario con el pago del monto contratado, a la ocurrencia del siguiente evento:

### **8.2 RIESGOS CUBIERTOS**

Esta cobertura operará únicamente para el Asegurado Menor.

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado Menor por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto.

**No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una institución hospitalaria.**

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección.

La responsabilidad de Seguros el Potosí termina en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de las lesiones sufridas, **por lo que no están cubiertos los gastos que el Asegurado realice con posterioridad a la fecha de alta o hasta el agotamiento de la suma asegurada.**

Los gastos cubiertos se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente que dio origen a la reclamación.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

El Reembolso de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se ajustará al Gasto Usual y Acostumbrado (G.U.A.), entendiéndose por éste a los gastos regulares y acostumbrados para un área en particular que usualmente acostumbra a cobrar el establecimiento o lugar en donde se reciben o proporcionan los servicios médicos correspondientes. El Gasto Usual y Acostumbrado podrá consultarse en la página de internet de la COMPAÑÍA en la siguiente dirección: <https://elpotosi.com.mx/CondicionesGenerales.aspx>, el cual podrá ser actualizado de manera periódica de acuerdo con el alza de precios de dichos gastos.

#### **Edades de aceptación:**

Las edades de aceptación del Asegurado Menor para la contratación de esta cobertura son las mismas de la cobertura básica.

### **8.3 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

#### **8.3.1 Aviso del Siniestro**

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario tengan conocimiento del siniestro, deberán notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de cinco días de acuerdo con el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicha notificación tan pronto desaparezca el impedimento.

#### **8.3.2 Comprobación**

Para hacer efectivo el pago de la indemnización correspondiente, se deberán presentar a la compañía los siguientes documentos:

1. Identificación del lesionado o titular.
2. Aviso de accidente, debidamente firmado y sellado por el reclamante.
3. Informe médico, firmado por el médico tratante.



4. Factura(s) original(es) que cumplan con los requisitos fiscales y que desglosen el medicamento y/o servicios y/o estudios y/o insumos.
5. Exámenes de laboratorio y/o de gabinete, acompañados de los resultados e interpretación respectivamente.
6. Formato conoce a tu cliente con copia de identificación oficial y comprobante de domicilio actual, el cual será proporcionado por la Aseguradora.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o realizar la investigación que considere pertinente, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización respectiva. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

### **8.3.3 Lugar, forma y pago del siniestro**

El pago que haga la Compañía será a través de cheque en sus oficinas o alguno de los medios electrónicos autorizados de los que disponga a una cuenta a nombre del Beneficiario.

Toda indemnización deberá ser pagada por la Compañía en el transcurso de los 30 días siguientes a partir de la fecha en que haya recibido los documentos e información que avalen la procedencia de la reclamación. Cualquier adeudo contraído por el Asegurado en virtud de este Contrato será descontado de la Indemnización.

***“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 13 de Octubre del 2020, con el número BADI-S008-0107-2020, RECAS: CONDUSEF-004632-01”.***