



**SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA
GLOBAL SIN PARTICIPACIÓN EN
LAS UTILIDADES POR
SINIESTRALIDAD FAVORABLE
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

ACE Seguros S.A.

SEGURO DE GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL SIN PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES POR SINIESTRALIDAD FAVORABLE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

CONTENIDO

SECCIÓN PRIMERA	3
DISPOSICIONES PARTICULARES	3
CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA	3
CLÁUSULA 2ª. DEFINICIONES	3
CLÁUSULA 3ª. MONEDA.....	4
CLÁUSULA 4ª. EDAD DEL ASEGURADO	4
CLÁUSULA 5ª. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	5
CLÁUSULA 6ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	5
CLÁUSULA 7ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	7
CLÁUSULA 8ª. INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO	7
SECCIÓN SEGUNDA	8
DISPOSICIONES GENERALES	8
CLÁUSULA 1ª. PRIMA	8
CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN	8
CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO.....	9
CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO.....	9
CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES	9
CLÁUSULA 6ª. SELECCIÓN DE RIESGO	9
CLÁUSULA 7ª. NOTIFICACIONES	10
CLÁUSULA 8ª. COMPETENCIA	10
CLÁUSULA 9ª. INTERÉS MORATORIO	10
CLÁUSULA 10ª. PRESCRIPCIÓN.....	10
CLÁUSULA 11ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES	11
CLÁUSULA 12ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO	11
ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR ACCIDENTE	12
ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR INVALIDEZ	18
ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL	24
ENDOSO DE BENEFICIOS SIN COSTO PARA EL CONTRATANTE	26
ENDOSO PRESTACIÓN LABORAL.....	29
CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	30

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado estando vigente la póliza y su certificado individual.

CLÁUSULA 2ª. DEFINICIONES

Para todos los efectos de esta Póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

1. **Asegurado**
Es la persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma.
2. **Aseguradora**
Se refiere a ACE Seguros, S.A.
3. **Beneficiario**
Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la carátula o certificado de la Póliza.
4. **Contratante**
Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima.
5. **Grupo Asegurado**
Se define como Grupo Asegurado al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.
6. **Póliza**
Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, carátula o certificado, certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora, así como la solicitud de seguro y cuestionarios, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y la Aseguradora.
7. **Territorio Nacional**
Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

CLÁUSULA 3ª. MONEDA

Tanto el pago de la prima como de las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en Moneda Nacional en los términos de la ley monetaria vigente en la fecha de pago.

CLÁUSULA 4ª. EDAD DEL ASEGURADO

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando la Aseguradora compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. 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 Aseguradora estará obligada a rembolsar 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; y

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

CLÁUSULA 5ª. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para efectos del seguro contratado, se tendrá como Beneficiario de esta Póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de éste, se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente Cláusula.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Asegurado podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Aseguradora o al contratante, en su caso, para su registro correspondiente.

La Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

CLÁUSULA 6ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de asegurados, el cual contará con la siguiente información:

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

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la

aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Altas: cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual: la Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Renovación: Este seguro podrá ser renovado por periodos iguales, en las mismas condiciones en las que fue contratado, previa aceptación de la Aseguradora, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cancelación del seguro:

- a) **A petición del Contratante:** El seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora; la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

Cancelación Automática: Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho plazo.

CLÁUSULA 7ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Aviso: Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a que el Asegurado o beneficiario, en su caso, hubieren tenido conocimiento de su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Pruebas: El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia de Acta de nacimiento del asegurado y CURP.
- Copia Fotostática de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios y CURP, si el beneficiario es el cónyuge adicionalmente presentar acta de matrimonio.
- Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
- Carta reclamación por parte del o los Beneficiarios donde soliciten el pago del seguro, que tenga sus datos completos (dirección con código postal, No. telefónico en el cual se les pueda localizar y ocupación.)
- Consentimiento/Certificado por escrito, el cual contendrá, por lo menos, lo siguiente:
 - I. Suma asegurada o regla para determinarla, y
 - II. Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable. (Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).
- En caso de no existir designación de beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea y póliza original con condiciones generales.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
- Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

CLÁUSULA 8ª. INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora pagará la indemnización que proceda en una sola exhibición.

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PRIMA

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento autorizada vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y

la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLÁUSULA 6ª. SELECCIÓN DE RIESGO

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo incluidas en este seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

CLÁUSULA 7ª. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora en el domicilio social indicado en la carátula o certificado de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Aseguradora.

CLÁUSULA 8ª. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

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.

CLÁUSULA 9ª. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, 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 de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

CLÁUSULA 10ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

CLÁUSULA 11ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora 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 Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA 12ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (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.

ACE Seguros, S.A.
Edificio Capital Reforma
Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06600 México, Distrito Federal
Conmutador: 52 (55) 52 58 58 00

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR ACCIDENTE

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante: _____

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 Muerte Accidental

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado, estando vigente la póliza y su certificado individual, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto.

2 Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará otro tanto de la suma asegurada contratada por muerte accidental, si ocurre que el accidente que provoque la muerte es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- a. Aquel accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o:
- b. Aquel accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- c. Aquel accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el asegurado al momento de iniciarse el incendio.

DEFINICIONES

1. **Accidente Cubierto:**
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Pasajero
Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.
3. Transporte Público
Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

3 Pérdida de Miembros Con Escalas de Indemnización A ó B

La Aseguradora pagará el porcentaje que se consigna en la tabla de indemnización contratada, aplicado a la suma asegurada por muerte accidental, si ocurre que estando vigente la póliza y su certificado individual, sufre una pérdida orgánica como consecuencia directa de un accidente cubierto..

4 Pérdida de Miembros por Accidente Colectivo Con Escalas de Indemnización A ó B

La Aseguradora pagará otro tanto del porcentaje que se consigna en la tabla de indemnización contratada, aplicado a la suma asegurada por muerte accidental, si la pérdida orgánica fue como consecuencia directa de un accidente colectivo.

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN ESCALAS A Y B

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma asegurada básica
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma asegurada básica
---	--

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cms. de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas al Asegurado durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, la Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior al 100% de la suma asegurada que corresponda.

EDADES DE ADMISIÓN

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

PRUEBAS

Además de lo mencionado en la cláusula de PRUEBAS de las condiciones generales, se deberán presentar las actuaciones del Ministerio Público *completas*.

EXCLUSIONES GENERALES

SALVO PACTO EN CONTRARIO ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA ORGÁNICA SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- a) **SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
- b) **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- c) **RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.**

2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- a) **AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.**
- b) **PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- c) **CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.**
- d) **LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.**

e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

- 3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- 4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- 6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**
- 7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.**
- 8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**
- 9. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, TUMULTO POPULAR, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS Ó SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO Ó NO DECLARADA).**
- 10. FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.**
- 11. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.**

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO

LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE EL FALLECIMIENTO / PÉRDIDA ORGÁNICA DEL ASEGURADO OCURRE EN UN TAXI O EN CUALQUIER OTRO VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS SI ÉSTE NO TIENE RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO.

Lugar y fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR INVALIDEZ

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante: _____

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora pagará al Asegurado en una sola exhibición la suma asegurada para este beneficio, si ocurre que estando vigente la póliza y el certificado individual, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, y continúa en dicho estado después del transcurso del Periodo de Espera que se especifique en la Carátula de Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2 SEGURO SALDADO DE VIDA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora mantendrá vigente vitaliciamente la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado si es que ocurre que estando vigente la Póliza, el certificado y este beneficio adicional, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, y continúa como tal después del transcurso del Periodo de Espera especificado en la Carátula de Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

El periodo de espera no tendrá lugar cuando la Invalidez sea como consecuencia inmediata de lo siguiente:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos
- b) La pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

DEFINICIONES

1. Accidente cubierto

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo de espera: La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un período de 6 meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentada.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los seis (6) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por invalidez total y permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Aseguradora, además de lo establecido en el apartado PRUEBAS de las condiciones generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

3. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza

- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

- 2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

- 3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

- 4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.

- 5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por

parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora 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, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento 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 Aseguradora.

EDADES DE ADMISIÓN

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y sesenta y nueve (69) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.

EXCLUSIONES GENERALES

SALVO PACTO EN CONTRARIO ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA INVALIDEZ SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- a) **SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
- b) **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- c) **RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.**

2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- a) **AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.**
- b) **PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- c) **CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS,**

- MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.**
- d) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.**
- e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.**
- 3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
 - 4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
 - 5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
 - 6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**
 - 7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.**
 - 8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**
 - 9. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, TUMULTO POPULAR, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS Ó SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO Ó NO DECLARADA).**
 - 10. FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL**

ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

- 11. CUANDO EL ESTADO DE INVALIDEZ HAYA SIDO ORIGINADO O DIAGNOSTICADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EN SU CASO, LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES CON UN PRONÓSTICO DE INVALIDEZ A SER DESARROLLADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**

Lugar y fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante: _____

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 PAGO ADICIONAL POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada correspondiente a este beneficio, si ocurre que estando vigente la Póliza y el certificado respectivo, el Asegurado sufre una Enfermedad Terminal.

Para efectos de este beneficio se considera que el Asegurado está en fase de Enfermedad Terminal cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.- Hay la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Existe la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Existe la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- 5.- El pronóstico de vida es inferior a seis meses.
- 6.- El cáncer en fase terminal, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en fase terminal, las enfermedades de las motoneuronas en fase terminal, Insuficiencia específica (renal, cardíaca, hepática etc.) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

PRUEBAS

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado y en el cual quede claramente probado y sustentado que al Asegurado no le quedan más de ciento

ochenta (180) días de vida a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.

b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD TERMINAL SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 1. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL RESULTA A CONSECUENCIA DE LESIONES QUE SE CAUSE A SÍ MISMO EL ASEGURADO, INCLUYENDO LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SIN IMPORTAR EN QUÉ AÑO DE VIGENCIA SE PRESENTE.**

- 2. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL PADECIDA POR EL ASEGURADO HA SIDO DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA.**

- 3. CUALQUIER PADECIMIENTO QUE NO SEA UNO DE LOS ESPECIFICADOS EN LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.**

Lugar y fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS SIN COSTO PARA EL CONTRATANTE

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante: _____

Los beneficios incluidos en este apartado se otorgarán sin costo para el Contratante.

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

En caso de que el asegurado sufra de una enfermedad en fase terminal, la Aseguradora, a su solicitud, podrá pagar un anticipo de hasta el 30% de la suma asegurada del beneficio básico de fallecimiento, con límite de 150 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal, el cual se deducirá de dicha cobertura básica.

Para efectos de este beneficio se considera que el Asegurado está en fase de Enfermedad Terminal cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.- Hay la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Existe la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Existe la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- 5.- El pronóstico de vida es inferior a seis meses.
- 6.- El cáncer en fase terminal, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en fase terminal, las enfermedades de las motoneuronas en fase terminal, Insuficiencia específica (renal, cardíaca, hepática etc.) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

PAGO

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La suma asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

PRUEBAS

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado y en el cual quede claramente probado y sustentado que al Asegurado no le quedan más de ciento ochenta (180) días de vida a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.
- b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD TERMINAL SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 1. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL RESULTA, A CONSECUENCIA DE LESIONES QUE SE CAUSE A SÍ MISMO EL ASEGURADO, INCLUYENDO LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SIN IMPORTAR EN QUÉ AÑO DE VIGENCIA SE PRESENTE.**
- 2. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL PADECIDA POR EL ASEGURADO HA SIDO DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA.**
- 3. CUALQUIER PADECIMIENTO QUE NO SEA UNO DE LOS ESPECIFICADOS EN LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.**

2. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso del fallecimiento del asegurado, el beneficiario designado podrá solicitar un anticipo del 30% sobre la suma asegurada del beneficio por muerte, limitado a 35

salarios mínimos generales mensuales del Distrito Federal, siempre y cuando la parte que le corresponda como beneficiario sea como mínimo igual al monto del anticipo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

a) Presentar el Certificado Médico de Defunción y el Certificado Individual del Asegurado.

b) Presentar algún medio de identificación con el que se acredite fehacientemente la identidad del Asegurado.

c) Que la parte de la Suma Asegurada a la que tenga derecho el beneficiario que lo solicite, sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Aseguradora.

PAGO

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

a) La suma asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.

b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Lugar y fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO PRESTACIÓN LABORAL

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante: _____

Las siguientes condiciones aplicarán cuando este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral:

La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor (**Artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**).

Por otro lado, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Aseguradora reembolsará 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 de este **Reglamento (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)**.

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”



ace seguros

No. de Consentimiento/Certificado:

Operación: _____

CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE GRUPO

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de

Contratante : _____

Asegurado titular : _____

Parentesco : _____

Para tal efecto me permito proporcionar los datos siguientes:

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo : F () M ()

Coberturas y sumas aseguradas solicitadas:

Cobertura:	Suma Asegurada
Coberturas Adicionales:	
Periodo de espera? _____	Tiempo: _____
Periodo de espera? _____	Tiempo: _____

Este producto tiene por objeto otorgar una prestación laboral? _____

Participa el Asegurado en el pago de primas? _____ Con qué porcentaje? _____

Se otorgan dividendos? _____

Fecha de vigencia del Consentimiento/Certificado: _____

Designación de beneficiarios:

1. _____ parentesco _____ porcentaje _____

2. _____ parentesco _____ porcentaje _____

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 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.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”

“Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

NOTA: Cualquier cuestionamiento o cláusula relacionada con la selección de riesgo, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas en el, las he hecho personalmente y que son verídicas.

Lugar y Fecha _____ Firma del Contratante _____
Firma del Solicitante _____
Firma del Funcionario Autorizado de ACE Seguros, S.A.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por ACE Seguros, S. A.



ace seguros

ACE Seguros, S.A.
Edificio Capital Reforma
Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06600 México, Distrito Federal
Conmutador: 52 (55) 52 58 58 00

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES

COBERTURA BÁSICA

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado estando vigente la póliza y su certificado individual.

EDAD DEL ASEGURADO

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de asegurados, el cual contará con la siguiente información:

I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo;

II. Suma asegurada o regla para determinarla;

III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;

IV. Operación y plan de seguros de que se trate;

V. Número de Certificado individual, y

VI. Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Altas: cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual: la Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Renovación: Este seguro podrá ser renovado por periodos iguales, en las mismas condiciones en las que fue contratado, previa aceptación de la Aseguradora, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.

- Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.

- Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cancelación del seguro:

- A petición del Contratante:** El seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora; la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

Cancelación Automática: Si no hubiese sido pagada la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho plazo.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Aviso: Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a que el Asegurado o beneficiario, en su caso, hubieren tenido conocimiento de su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia de Acta de nacimiento del asegurado y CURP.
- Copia Fotostática de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios y CURP, si el beneficiario es el cónyuge adicionalmente presentar acta de matrimonio.
- Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
- Carta reclamación por parte del o los Beneficiarios donde soliciten el pago del seguro, que tenga sus datos completos (dirección con código postal, No. telefónico en el cual se les pueda localizar y ocupación.)
- Consentimiento/Certificado por escrito, el cual contendrá, por lo menos, lo siguiente:
 - Suma asegurada o regla para determinarla, y
 - Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable. (Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).
- En caso de no existir designación de beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea y póliza original con condiciones generales.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
- Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora pagará la indemnización que proceda en una sola exhibición.

PRIMA

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento autorizada vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

SELECCIÓN DE RIESGO

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo incluidas en este seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora en el domicilio social indicado en la carátula o certificado de la Póliza.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

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.

INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, 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 de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán:

I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;

II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPANÍA.

ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (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.

ACE Seguros, S.A.

Edificio Capital Reforma

Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15

Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc

C.P. 06600 México, Distrito Federal

Conmutador: 52 (55) 52 58 58 00

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR ACCIDENTE

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante:

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 Muerte Accidental

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado, estando vigente la póliza y su certificado individual, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto.

2 Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará otro tanto de la suma asegurada contratada por muerte accidental, si ocurre que el accidente que provoque la muerte es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- Aquel accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o:
- Aquel accidente que tuviera el asegurado viajando como pasajero en un ascensor con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- Aquel accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el asegurado al momento de iniciarse el incendio.

DEFINICIONES

- Accidente Cubierto:**
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
- Pasajero**
Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.
- Transporte Público**
Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

3 Pérdida de Miembros

Con Escalas de Indemnización A ó B

La Aseguradora pagará el porcentaje que se consigna en la tabla de indemnización contratada, aplicado a la suma asegurada por muerte accidental, si ocurre que estando vigente la póliza y su certificado individual, sufre una pérdida orgánica como consecuencia directa de un accidente cubierto..

4 Pérdida de Miembros por Accidente Colectivo

Con Escalas de Indemnización A ó B

La Aseguradora pagará otro tanto del porcentaje que se consigna en la tabla de indemnización contratada, aplicado a la suma asegurada por muerte accidental, si la pérdida orgánica fue como consecuencia directa de un accidente colectivo.

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN ESCALAS A Y B

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma asegurada básica
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma asegurada básica
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cms. de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas al Asegurado durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, la Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior al 100% de la suma asegurada que corresponda.

EDADES DE ADMISIÓN

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

PRUEBAS

Además de lo mencionado en la cláusula de PRUEBAS de las condiciones generales, se deberán presentar las actuaciones del Ministerio Público completas.

EXCLUSIONES GENERALES

SALVO PACTO EN CONTRARIO ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA ORGÁNICA SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:
 - a) SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.
 - b) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
 - c) RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.
2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:
 - a) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.
 - b) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
 - c) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
 - d) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
 - e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.

8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.
9. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, TUMULTO POPULAR, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS Ó SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO Ó NO DECLARADA).
10. FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.
11. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR ACCIDENTE COLECTIVO

LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE EL FALLECIMIENTO / PÉRDIDA ORGÁNICA DEL ASEGURADO OCURRE EN UN TAXI O EN CUALQUIER OTRO VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS SI ESTE NO TIENE RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO.

Lugar y fecha:

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS ADICIONALES POR INVALIDEZ

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante:

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora pagará al Asegurado en una sola exhibición la suma asegurada para este beneficio, si ocurre que estando vigente la póliza y el certificado individual, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, y continúa en dicho estado después del transcurso del Periodo de Espera que se especifique en la Carátula de Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2 SEGURO SALDADO DE VIDA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Aseguradora mantendrá vigente vitaliciamente la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado si es que ocurre que estando vigente la Póliza, el certificado y este beneficio adicional, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, y continúa como tal después del transcurso del Periodo de Espera especificado en la Carátula de Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

El periodo de espera no tendrá lugar cuando la Invalidez sea como consecuencia inmediata de lo siguiente:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos
- b) La pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

DEFINICIONES

1. Accidente cubierto

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo de espera: La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de 6 meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentada.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los seis (6) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por invalidez total y permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Aseguradora, además de lo establecido en el apartado PRUEBAS de las condiciones generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

3. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza
 - c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- c) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

- d) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.
5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se emita comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento 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 Aseguradora.

EDADES DE ADMISIÓN

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y sesenta y nueve (69) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.

EXCLUSIONES GENERALES

SALVO PACTO EN CONTRARIO ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA INVALIDEZ SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:
 - a) SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.
 - b) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
 - c) RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.
2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:
 - a) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.
 - b) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
 - c) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
 - d) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO,

GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.
8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.
9. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, TUMULTO POPULAR, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS Ó SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO Ó NO DECLARADA).
10. FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.
11. CUANDO EL ESTADO DE INVALIDEZ HAYA SIDO ORIGINADO O DIAGNOSTICADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EN SU CASO, LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES CON UN PRONÓSTICO DE INVALIDEZ A SER DESARROLLADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Lugar _____ y _____ fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante:

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 PAGO ADICIONAL POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada correspondiente a este beneficio, si ocurre que estando vigente la Póliza y el certificado respectivo, el Asegurado sufre una Enfermedad Terminal.

Para efectos de este beneficio se considera que el Asegurado está en fase de Enfermedad Terminal cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.- Hay la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Existe la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Existe la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- 5.- El pronóstico de vida es inferior a seis meses.
- 6.- El cáncer en fase terminal, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en fase terminal, las enfermedades de las motoneuronas en fase terminal, Insuficiencia específica (renal, cardíaca, hepática etc.) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

PRUEBAS

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado y en el cual quede claramente probado y sustentado que al Asegurado no le quedan más de ciento ochenta (180) días de vida a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.

b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD TERMINAL SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL RESULTA A CONSECUENCIA DE LESIONES QUE SE CAUSE A SÍ MISMO EL ASEGURADO, INCLUYENDO LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SIN IMPORTAR EN QUÉ AÑO DE VIGENCIA SE PRESENTE.

2. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL PADECIDA POR EL ASEGURADO HA SIDO DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA.

3. CUALQUIER PADECIMIENTO QUE NO SEA UNO DE LOS ESPECIFICADOS EN LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.

Lugar y fecha:

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”

ENDOSO DE BENEFICIOS SIN COSTO PARA EL CONTRATANTE

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante:

Los beneficios incluidos en este apartado se otorgarán sin costo para el Contratante.

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

1 ANTIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

En caso de que el asegurado sufra de una enfermedad en fase terminal, la Aseguradora, a su solicitud, podrá pagar un anticipo de hasta el 30% de la suma asegurada del beneficio básico de fallecimiento, con límite de 150 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal, el cual se deducirá de dicha cobertura básica.

Para efectos de este beneficio se considera que el Asegurado está en fase de Enfermedad Terminal cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.- Hay la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Existe la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Existe la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- 5.- El pronóstico de vida es inferior a seis meses.
- 6.- El cáncer en fase terminal, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en fase terminal, las enfermedades de las motoneuronas en fase terminal, Insuficiencia específica (renal, cardíaca, hepática etc.) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

PAGO

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La suma asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

PRUEBAS

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado y en el cual quede claramente probado y sustentado que al Asegurado no le quedan más de ciento ochenta (180) días de vida a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.
- b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD TERMINAL SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, TOTAL O PARCIAL DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL RESULTA, A CONSECUENCIA DE LESIONES QUE SE CAUSE A SÍ MISMO EL ASEGURADO, INCLUYENDO LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SIN IMPORTAR EN QUÉ AÑO DE VIGENCIA SE PRESENTE.
2. SI LA ENFERMEDAD TERMINAL PADECIDA POR EL ASEGURADO HA SIDO DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA.
3. CUALQUIER PADECIMIENTO QUE NO SEA UNO DE LOS ESPECIFICADOS EN LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.

2. ANTIPO DE SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso del fallecimiento del asegurado, el beneficiario designado podrá solicitar un anticipo del 30% sobre la suma asegurada del beneficio por muerte, limitado a 35 salarios mínimos generales mensuales del Distrito Federal, siempre y cuando la parte que le corresponda como beneficiario sea como mínimo igual al monto del anticipo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Presentar el Certificado Médico de Defunción y el Certificado Individual del Asegurado.
- b) Presentar algún medio de identificación con el que se acredite fehacientemente la identidad del Asegurado.
- c) Que la parte de la Suma Asegurada a la que tenga derecho el beneficiario que lo solicite, sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Aseguradora.

PAGO

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La suma asegurada básica para el caso de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Lugar y fecha:

ACE SEGUROS, S.A.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de

2010.”

ENDOSO PRESTACIÓN LABORAL

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No.

Contratante:

Las siguientes condiciones aplicarán cuando este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral:

La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor (**Artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**).

Por otro lado, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Aseguradora reembolsará 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 de este Reglamento (**Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**).

“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-S0039-0783-2010 de fecha 26 de Noviembre de 2010.”



SEGUROS DE VIDA GRUPO CLÁUSULA OFAC

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

ACE Seguros S. A.

SEGUROS DE VIDA GRUPO
CLÁUSULA OFAC
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

CLÁUSULA OFAC

El presente Contrato se rescindirá de pleno derecho, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier País del Mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

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 CGEN-S0039-0092-2013 de fecha 21 de Marzo de 2013.

AVISO DE PRIVACIDAD

ACE Seguros S.A., en adelante ACE con domicilio establecido en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., es el responsable del tratamiento de sus datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, los que serán utilizados para las siguientes finalidades:

- I. Valorar la solicitud para la emisión de pólizas de seguros ya sea que usted la requiera con el carácter asegurado o contratante,**
- II. Realizar operaciones distintas a la emisión de pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de siniestros,**
- III. Llevar a cabo la prestación de servicios requerida,**
- IV. Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca,**
- V. Integración de expedientes de identificación,**
- VI. Proporcionar información a las autoridades que nos lo soliciten y de las que ACE esté obligada a entregar información,**
- VII. Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra compañía, o a terceros proveedores de servicios de ACE, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como aseguradora.**

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de ACE, o las empresas que forman parte del grupo ACE en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de ACE o las empresas que forman parte del grupo ACE en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de ACE, o las empresas que forman parte del grupo ACE en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de ACE; (v) organización de eventos y (vi) la transferencia a terceras partes socios comerciales, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste.

Las finalidades referidas en el párrafo anterior, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre ACE y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos; por escrito en el domicilio de ACE o al correo electrónico acedatospersonales@acegroup.com

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a ACE para las finalidades establecidas y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales.

Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.acegroup.com/mx

Este Aviso de Privacidad se rige por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las demás leyes y reglamentos de los Estados Unidos Mexicanos. La aceptación de este Aviso de Privacidad implica una aceptación por escrito de los términos del mismo.

Unidad de Atención a Clientes

Encargado: Héctor Almaguer Carranza

Dirección: Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 horas.

correo electrónico: acedatospersonales@acegroup.com