



**SEGURO DE GRUPO DE DEUDORES
EXPERIENCIA PARTICULAR SIN
PARTICIPACIÓN EN LAS
UTILIDADES POR SINIESTRALIDAD
FAVORABLE**

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

ACE Seguros S.A.

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

CONTENIDO

SECCIÓN PRIMERA	3
DISPOSICIONES PARTICULARES	3
CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA	3
ENFERMEDADES GRAVES	3
CLÁUSULA 2ª. PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES	3
CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES	7
CLÁUSULA 4ª. DEFINICIONES	10
CLÁUSULA 5ª. MONEDA	13
CLÁUSULA 6ª. EDAD DEL ASEGURADO	13
CLÁUSULA 7ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	14
CLÁUSULA 8ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO	16
CLÁUSULA 9ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	16
CLÁUSULA 10ª. INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO	18
CLÁUSULA 11ª. SUICIDIO	18
SECCIÓN SEGUNDA	18
DISPOSICIONES GENERALES	18
CLÁUSULA 1ª. PRIMA	18
CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN	19
CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO	20
CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO	20
CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES	20
CLÁUSULA 6ª. SELECCIÓN DE RIESGO	20
CLÁUSULA 7ª. NOTIFICACIONES	20
CLÁUSULA 8ª. COMPETENCIA	21
CLÁUSULA 9ª. INTERÉS MORATORIO	21
CLÁUSULA 10ª. PRESCRIPCIÓN	21
CLÁUSULA 11ª. MEDIOS DE CONTRATACIÓN	22
CLÁUSULA 12ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES	22
CLÁUSULA 13ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO	23
CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL	24

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA

El Contratante tendrá la opción de contratar cualquiera de las 3 posibilidades de coberturas básicas que se numeran a continuación:

1. FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

2. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

3. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O ENFERMEDADES GRAVES

En caso de fallecimiento, Invalidez Total y Permanente o la ocurrencia de alguna de las Enfermedades Graves descritas en esta Póliza del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

CLÁUSULA 2ª. PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

La Aseguradora pagará en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves descritas a continuación:

1.1. TODO TIPO DE CÁNCER

Definición:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

SE EXCLUYEN:

- **LOS TUMORES BENIGNOS**
- **LAS DISPLASIAS Y LESIONES PRE-CANCERÍGENAS**
- **EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO “IN SITU”;**
- **CÁNCER DE PIEL DE ESTIRPE BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.**
- **CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO;**
- **SARCOMA DE KAPOSÍ.**

1.2. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición:

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

SE EXCLUYE:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL INFARTO AL MIOCARDIO SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES; O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- INFARTO AL MIOCARDIO DERIVADO DEL CONSUMO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.

2.- INTENTO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN INTENCIONADA.

3.- CON PADECIMIENTOS PREEXISTENTES ANTES O AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA.

4. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.

1.3. APOPLEJÍA

Definición:

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a. Infarto del tejido cerebral,
- b. Hemorragia de un vaso intracraneal y
- c. Embolia de fuente extracraneal.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

SE EXCLUYEN:

1. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición:

Enfermedad renal crónica que se produce como consecuencia de una brusca disminución o pérdida irreversible de la función del riñón.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

Para hacer válido este beneficio en pacientes diabéticos, será necesario comprobar el haber mantenido este seguro contra enfermedades graves o uno similar con otra empresa aseguradora, durante un periodo no menor a cinco (5) años.

1.5. CIRUGÍA CORONARIA

Definición:

Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass).

Riesgo Cubierto:

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

SE EXCLUYEN:

1 TROMBÓLISIS MEDIANTE CATETERISMO CORONARIO.

2 COLOCACIÓN DE STENTS

1.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Definición:

Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

El diagnóstico depende de la historia y examen físico y los estudios necesarios que sustenten el diagnóstico de Esclerosis Múltiple para efectos de esta cobertura.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de Esclerosis Múltiple.

1.7 PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición:

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

Riesgo Cubierto:

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

1.8 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Definición:

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto:

Es el trasplante realizado al Asegurado que haya sido caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Páncreas
- Riñón
- Médula ósea

Se incluyen en este apartado los Transplantes de Órganos Vitales listados en el párrafo anterior que sufra el Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto.

SE EXCLUYE:

- **CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR EL DONANTE**
- **ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CORAZÓN ARTIFICIAL Y DISPOSITIVOS MONOVENTRICULARES Y BIVENTRICULARES QUE ASISTAN A LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN.**

LIMITACIÓN DE COBERTURA :

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de la cobertura básica.

CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

- a) **LOS CRÉDITOS A CARGO DE DEUDORES QUE NO SEAN PERSONAS FÍSICAS.**
- b) **LOS CRÉDITOS QUE NO DEBAN CUBRIRSE EN PAGOS PERIÓDICOS.**
- c) **LOS CRÉDITOS EN LOS QUE LOS PERÍODOS ENTRE CADA PAGO SEA MAYOR A UN AÑO.**

SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA INVALIDEZ / ENFERMEDAD GRAVE SEA CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN 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 LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO 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. 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.
12. SE EXCLUYEN LOS ESTADOS DE INVALIDEZ ORIGINADOS POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES CON PRONÓSTICO DE INVALIDEZ A SER DESARROLLADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

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

- ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- NINGÚN BENEFICIO QUE SE BASE EN UN DIAGNÓSTICO HECHO POR UNA PERSONA QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVA EN LA MISMA CASA QUE EL ASEGURADO SE PAGARÁ, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.
- AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, ABORTOS PROVOCADOS, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO;
- ACCIDENTES OCURRIDOS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUEREN PRESCRITOS POR UN MÉDICO;
- SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA;
- CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA O QUE PUEDA SURGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LOS PADECIMIENTOS, LESIONES, AFECCIONES O INTERVENCIONES EXPRESAMENTE EXCLUÍDAS EN ESTE CONTRATO.

CLÁUSULA 4ª. DEFINICIONES

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

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. **Asegurado**
Es la persona física integrante del Grupo Deudor que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma.
3. **Aseguradora**
Se refiere a ACE Seguros, S.A.
4. **Beneficiario**
Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la carátula o certificado de la Póliza. Para efectos de este contrato, el beneficiario será el Contratante del seguro.
5. **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.

6. **Diagnóstico**
Es la identificación que hace un Médico Especialista de la enfermedad, afección o lesión que sufre el Asegurado, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico.
7. **Enfermedad Grave**
Para efectos del presente contrato de seguro, se considerará como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en la cobertura descrita en el apartado correspondiente.
8. **Invalidez Total y Permanente**
Se entenderá por invalidez total y permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de accidente o enfermedad, 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 la cláusula relativa a las pruebas dentro de estas 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.

9. 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.
10. Ley
Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro
11. Médico
Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.
12. Padecimientos preexistentes
Significa cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada Asegurado:
 - a) Fue de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido: o
 - b) Fue aparente a la vista; o
 - c) Fue diagnosticado previamente por un médico.

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.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, 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.

De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

13. **Periodo de espera de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad**
Es el plazo de noventa (90) días contados a partir de la ocurrencia de la enfermedad para que pueda considerarse la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente.
14. **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.
15. **Territorio Nacional**
Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

CLÁUSULA 5ª. 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 6ª. EDAD DEL ASEGURADO

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán los siguientes:

Edad mínima de admisión: Quince (15) años cumplidos.

Renovación:

- a) Para la cobertura 1 (FALLECIMIENTO): Hasta los setenta y nueve (79) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.
- b) Para las coberturas 2 y 3 (2. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y 3. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O ENFERMEDADES GRAVES): Hasta los sesenta y nueve (69) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) 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 7ª. 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: El seguro iniciará desde el momento que el acreditado y sus deudores solidarios concreten la operación que los hacen elegibles para el seguro en los términos contratados.

En caso de que el alta no se concrete dentro de los treinta días después de ser elegibles, su aceptación queda condicionada a la presentación de las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora requiera.

Presentadas las pruebas requeridas, la Aseguradora, en un plazo que no excederá de treinta días comunicará su aceptación o rechazo; en caso de no hacerlo, se entenderá que el alta ha sido aceptada.

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, cobertura contratada, periodo de espera e indemnización en caso de siniestro.

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 será renovado por periodos iguales y bajo las mismas condiciones en que fue contratado, 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 8ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado cesará automáticamente:

- a) En la fecha en que el crédito otorgado al Asegurado sea pagado íntegramente.
- b) Por el traspaso del adeudo.
- c) Porque el Asegurado haya incurrido en mora en el pago de su crédito adeudado por más de seis meses. Si el Asegurado reanuda sus pagos del crédito adeudado, el Contratante, con el consentimiento del citado Asegurado, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas de asegurabilidad para la Aseguradora.
- d) En la fecha de vencimiento de la cobertura de la presente Póliza.
- e) En la fecha programada para el vencimiento del Crédito adeudado por el Asegurado.
- f) Por el fallecimiento del Asegurado.
- g) Por solicitud escrita del Contratante.

CLÁUSULA 9ª. 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:

PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

- 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.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

Formato expedido por la institución de salud oficial que lo atiende, en hoja membretada, firmado y sellado por medicina del trabajo en donde indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, diagnostico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.

- Informe médico que incluya diagnóstico.
- Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes personales, Antecedentes patológico, Evolución de padecimiento, Estado actual y motivo de la Invalidez Total y Permanente.
- Copia de Identificación Oficial del asegurado.
- Copia del acta de nacimiento del asegurado y CURP.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Carta de reclamación en donde indique domicilio completo, teléfono y ocupación.
- Copia de la póliza.

- 3 últimos recibos de nómina.
- Carta expedida por Recursos Humanos en donde indique fecha de baja y último sueldo mensual.
- Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

1. Carta de solicitud de indemnización donde se dé la información básica de la ocupación del asegurado.
2. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo.
3. En caso de Diagnóstico de Cáncer presentar resultado Histopatológico original o copia certificada. INDISPENSABLE.
4. Resultados de Laboratorio y Gabinete que apoyen el diagnóstico.
5. Copia Fotostática de Identificación Oficial: Pasaporte o IFE Credencial de Elector.
6. Copia de comprobante de domicilio (agua, gas, luz o teléfono) no mayor a 3 meses de antigüedad.
7. • Consentimiento/Certificado por escrito.
8. Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

CLÁUSULA 10ª. INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO

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

CLÁUSULA 11ª. SUICIDIO

Artículo 197 de la Ley.- “La Aseguradora estará obligada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la Aseguradora reembolsará únicamente la reserva matemática.”

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. MEDIOS DE CONTRATACIÓN

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Aseguradora la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El Asegurado es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono
- b) Correo
- c) Internet
- d) Fax
- e) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por esta cláusula, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

CLÁUSULA 12ª. 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 13ª. 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-S0039-0788-2010 de fecha 16 de Diciembre de 2010.



ace seguros

No. de Consentimiento/Certificado:

Operación: _____

CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE GRUPO DE DEUDORES

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 ()

Cobertura y suma asegurada solicitada:

Cobertura	Suma Asegurada

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

Se otorgan dividendos? _____

Fecha de vigencia del Consentimiento/Certificado: _____

Designación de beneficiarios:

1. (NOMBRE DEL CONTRATANTE)

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-S0039-0788-2010 de fecha 16 de Diciembre de 2010.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES

COBERTURA BÁSICA

El Contratante tendrá la opción de contratar cualquiera de las 3 posibilidades de coberturas básicas que se numeran a continuación:

1. FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

2. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

3. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O ENFERMEDADES GRAVES

En caso de fallecimiento, Invalidez Total y Permanente o la ocurrencia de alguna de las Enfermedades Graves descritas en esta Póliza del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la póliza y el certificado individual.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

La Aseguradora pagará en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves descritas a continuación:

1.1. TODO TIPO DE CÁNCER

Definición:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

SE EXCLUYEN:

- LOS TUMORES BENIGNOS
- LAS DISPLASIAS Y LESIONES PRE-CANCERÍGENAS
- EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO "IN SITU";
- CÁNCER DE PIEL DE ESTIRPE BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.
- CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO;
- SARCOMA DE KAPOSI.

1.2. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición:

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

SE EXCLUYE:

SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL INFARTO AL MIOCARDIO SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES; O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- 1.- INFARTO AL MIOCARDIO DERIVADO DEL CONSUMO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.
- 2.- INTENTO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN INTENCIONADA.
- 3.- CON PADECIMIENTOS PREEXISTENTES ANTES O AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA.
- 4.- ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.

1.3. APOPLEJÍA

Definición:

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a. Infarto del tejido cerebral,
- b. Hemorragia de un vaso intracraneal y
- c. Embolia de fuente extracraneal.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

SE EXCLUYEN:

1. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición:

Enfermedad renal crónica que se produce como consecuencia de una brusca disminución o pérdida irreversible de la función del riñón.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

Para hacer válido este beneficio en pacientes diabéticos, será necesario comprobar el haber mantenido este seguro contra enfermedades graves o uno similar con otra empresa aseguradora, durante un periodo no menor a cinco (5) años.

1.5. CIRUGÍA CORONARIA

Definición:

Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass).

Riesgo Cubierto:

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

SE EXCLUYEN:

- 1 TROMBÓLISIS MEDIANTE CATETERISMO CORONARIO.
- 2 COLOCACIÓN DE STENTS

1.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Definición:

Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

El diagnóstico depende de la historia y examen físico y los estudios necesarios que sustenten el diagnóstico de Esclerosis Múltiple para efectos de esta cobertura.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de Esclerosis Múltiple.

1.7 PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición:

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

Riesgo Cubierto:

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

1.8 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Definición:

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto:

Es el trasplante realizado al Asegurado que haya sido caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Páncreas
- Riñón
- Médula ósea

Se incluyen en este apartado los Transplantes de Órganos Vitales listados en el párrafo anterior que sufra el Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto.

SE EXCLUYE:

- CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR EL DONANTE
- ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CORAZÓN ARTIFICIAL Y DISPOSITIVOS MONOVENTRICULARES Y BIVENTRICULARES QUE ASISTAN A LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN.

LIMITACIÓN DE COBERTURA :

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de la cobertura básica.

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

- a) LOS CRÉDITOS A CARGO DE DEUDORES QUE NO SEAN PERSONAS FÍSICAS.
- b) LOS CRÉDITOS QUE NO DEBAN CUBRIRSE EN PAGOS PERIÓDICOS.
- c) LOS CRÉDITOS EN LOS QUE LOS PERÍODOS ENTRE CADA PAGO SEA MAYOR A UN AÑO.

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA INVALIDEZ / ENFERMEDAD GRAVE SEA CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN 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 LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO 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. 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.
12. SE EXCLUYEN LOS ESTADOS DE INVALIDEZ ORIGINADOS POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES CON PRONÓSTICO DE INVALIDEZ A SER DESARROLLADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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

- ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- NINGÚN BENEFICIO QUE SE BASE EN UN DIAGNÓSTICO HECHO POR UNA PERSONA QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVA EN LA MISMA CASA QUE EL ASEGURADO SE PAGARÁ, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.
- AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, ABORTOS PROVOCADOS, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO;
- ACCIDENTES OCURRIDOS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO;
- SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA;
- CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA O QUE PUEDA SURGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LOS PADECIMIENTOS, LESIONES, AFECCIONES O INTERVENCIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS EN ESTE CONTRATO.

EDAD DEL ASEGURADO

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán los siguientes:

Edad mínima de admisión: Quince (15) años cumplidos.

Renovación:

- a) Para la cobertura 1 (FALLECIMIENTO): Hasta los setenta y nueve (79) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.
- b) Para las coberturas 2 y 3 (2. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y 3. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O ENFERMEDADES GRAVES): Hasta los sesenta y nueve (69) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) 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 asegurarlos, 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: El seguro iniciará desde el momento que el acreditado y sus deudores solidarios concreten la operación que los hacen elegibles para el seguro en los términos contratados.

En caso de que el alta no se concrete dentro de los treinta días después de ser elegibles, su aceptación queda condicionada a la presentación de las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora requiera.

Presentadas las pruebas requeridas, la Aseguradora, en un plazo que no excederá de treinta días comunicará su aceptación o rechazo; en caso de no hacerlo, se entenderá que el alta ha sido aceptada.

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, cobertura contratada, periodo de espera e indemnización en caso de siniestro.

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 será renovado por periodos iguales y bajo las mismas condiciones en que fue contratado, 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.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

La responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado cesará automáticamente:

- a) En la fecha en que el crédito otorgado al Asegurado sea pagado íntegramente.
- b) Por el traspaso del adeudo.
- c) Por que el Asegurado haya incurrido en mora en el pago de su crédito adeudado por más de seis meses. Si el Asegurado reanuda sus pagos del crédito adeudado, el Contratante, con el consentimiento del citado Asegurado, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas de asegurabilidad para la Aseguradora.
- d) En la fecha de vencimiento de la cobertura de la presente Póliza.
- e) En la fecha programada para el vencimiento del Crédito adeudado por el Asegurado.
- f) Por el fallecimiento del Asegurado.
- g) Por solicitud escrita del Contratante.

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:

PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

- 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.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

Formato expedido por la institución de salud oficial que lo atiende, en hoja membretada, firmado y sellado por medicina del trabajo en donde indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.

- Informe médico que incluya diagnóstico.
- Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes personales, Antecedentes patológico, Evolución de padecimiento, Estado actual y motivo de la Invalidez Total y Permanente.
- Copia de Identificación Oficial del asegurado.
- Copia del acta de nacimiento del asegurado y CURP.
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Carta de reclamación en donde indique domicilio completo, teléfono y ocupación.
- Copia de la póliza.
- 3 últimos recibos de nómina.
- Carta expedida por Recursos Humanos en donde indique fecha de baja y último sueldo mensual.
- Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

1. Carta de solicitud de indemnización donde se dé la información básica de la ocupación del asegurado.
2. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo.
3. En caso de Diagnóstico de Cáncer presentar resultado Histopatológico original o copia certificada. INDISPENSABLE.
4. Resultados de Laboratorio y Gabinete que apoyen el diagnóstico.
5. Copia Fotostática de Identificación Oficial: Pasaporte o IFE Credencial de Elector.
6. Copia de comprobante de domicilio (agua, gas, luz o teléfono) no mayor a 3 meses de antigüedad.
7. • Consentimiento/Certificado por escrito.
8. Los documentos que avalen la pertenencia del Asegurado en el Grupo.

SUICIDIO

Artículo 197 de la Ley.- "La Aseguradora estará obligada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la Aseguradora reembolsará únicamente la reserva matemática."

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.

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.

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.

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 COMPAÑÍA.

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.

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.

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-S0039-0788-2010 de fecha 16 de Diciembre 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