



**SEGURO DE GRUPO CON BENEFICIO
ADICIONAL DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO
O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL SIN
PARTICIPACIÓN
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

ACE Seguros S.A.

SEGURO DE GRUPO CON BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL SIN PARTICIPACIÓN
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

CONTENIDO

SECCIÓN PRIMERA.....3

DISPOSICIONES PARTICULARES.....3

CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA..... 3

CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES..... 4

CLÁUSULA 4ª. DEFINICIONES..... 6

CLÁUSULA 5ª. MONEDA..... 8

CLÁUSULA 6ª. EDAD DEL ASEGURADO..... 8

CLÁUSULA 7ª. PLAZOS DE COBERTURA 8

CLÁUSULA 8ª. VALORES GARANTIZADOS 8

CLÁUSULA 9ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA 9

CLÁUSULA 10ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO 10

SECCIÓN SEGUNDA.....11

DISPOSICIONES GENERALES11

CLÁUSULA 1ª. PRIMA 11

CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN 11

CLÁUSULA 3ª. SUICIDIO 12

CLÁUSULA 4ª. VIGENCIA DEL CONTRATO 12

CLÁUSULA 5ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO..... 12

CLÁUSULA 6ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES..... 12

CLÁUSULA 7ª. SELECCIÓN DE RIESGO..... 13

CLÁUSULA 8ª. AGRAVACIÓN DEL RIESGO..... 13

CLÁUSULA 9ª. NOTIFICACIONES 13

CLÁUSULA 10ª. COMPETENCIA 13

CLÁUSULA 11ª. INTERÉS MORATORIO..... 13

CLÁUSULA 12ª. PRESCRIPCIÓN..... 15

CLÁUSULA 13ª. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO 15

CLÁUSULA 14ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES 16

CLÁUSULA 15ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO..... 16

CLÁUSULA 16ª. ARTÍCULOS CITADOS 16

ENDOSO DE REINSTALACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN 25

ENDOSO DE PAGOS RETROACTIVOS 26

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. BENEFICIO ADICIONAL DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

Esta cobertura está orientada a dos universos poblacionales diferentes y el Asegurado quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades, según corresponda:

- DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que antes de la fecha de inicio del desempleo tengan un vínculo de trabajo formal mediante un empleo de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes en territorio nacional.

Indemnización: Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en la carátula o certificado de la Póliza, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Desempleo especificado en la carátula o certificado de la Póliza, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

- DESEMPLEO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad (de acuerdo a lo que se especifique en la carátula o certificado de la Póliza) las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente (autoempleados) y estén percibiendo un ingreso en territorio nacional, o que guarden una relación informal con cooperativas familiares o de amigos.

Indemnización: Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal por una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal, por una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

En los casos de Invalidez Total Temporal por Enfermedad el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Invalidez Total Temporal por Enfermedad que es de 30 días.

En los casos de Invalidez Total Temporal por Accidente el pago se realizará de forma inmediata.

El Asegurado que desarrolle simultáneamente actividades de empleado de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la modalidad de desempleo involuntario.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La cobertura básica de este seguro podrá estar ligada a un crédito o simplemente estar destinada a conservar el nivel de vida del Asegurado, conforme a lo siguiente:

- a) **CRÉDITO:** Cuando la cobertura se encuentre ligada a algún crédito (bancario, hipotecario, automotriz, etc.) se cubrirá como máximo el número de pagos del crédito que se especifique en la carátula de la Póliza. En caso de que el crédito finalice y no se haya agotado el número máximo de pagos estipulados en la carátula de la Póliza, la Aseguradora dejará de realizar dichos pagos independientemente de que el Asegurado haya o no recuperado su empleo, ya que el interés asegurable desaparece con la extinción del crédito.
- b) **CONSERVACIÓN DEL NIVEL DE VIDA:** En este caso la Aseguradora podrá cubrir como máximo el número de pagos estipulados en la carátula de la Póliza. Si la vigencia del seguro llegara a finalizar antes de que se agote el número máximo de pagos cubiertos por la Aseguradora y el Asegurado continuara desempleado, la Aseguradora continuará efectuando los pagos a diferencia de los casos en que la cobertura se encuentre ligada a un crédito. Esta indemnización podrá estar destinada a cubrir pagos tales como luz, colegiaturas, teléfono, etc. o, en general, compensar la pérdida del poder adquisitivo del Asegurado.

CLÁUSULA 3ª. EXCLUSIONES

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**
- B) DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO QUE SE INICIE DENTRO DEL PERIODO DE ESPERA ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DEBERÁ CUMPLIRSE CADA VEZ QUE SE INGRESE AL SEGURO, ENTENDIÉNDOSE COMO INGRESO LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO QUE NO SEA RENOVACIÓN INMEDIATA Y CONTINUA DE UN SEGURO ANTERIOR**
- C) JUBILACIÓN, PENSIÓN O RETIRO ANTICIPADO DEL ASEGURADO**
- D) RENUNCIA O PÉRDIDA VOLUNTARIA DEL TRABAJO DEL ASEGURADO**
- E) PARTICIPAR EN PAROS O DISPUTAS LABORALES**
- F) CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO INFORMADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ALGÚN PROGRAMA POR PARTE DE SU EMPLEADOR PARA REDUCIR LA PLANTILLA LABORAL O INICIAR DESPIDOS QUE DE MANERA ESPECÍFICA O GENERAL INCLUYAN EL ÁREA DE TRABAJO DEL ASEGURADO**
- G) PÉRDIDA DE EMPLEO DEL ASEGURADO, NOTIFICADA POR EL EMPLEADOR PREVIO A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA**
- H) TERMINACIÓN DE UN CONTRATO DE TRABAJO, DE OBRA O TIEMPO DETERMINADO DEL ASEGURADO.**
- I) LA RESCISIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRÓN POR ALGUNO DE LOS SUPUESTOS A LOS QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 47 Y SUS FRACCIONES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO**

- J) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE SEAN TRABAJADORES, COMERCIANTES O PROFESIONISTAS QUE LABOREN EN FORMA INDEPENDIENTE Y ESTÉN PERCIBIENDO UN INGRESO (AUTOEMPLEADOS)

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO
- B) ACCIDENTES POR PARTICIPAR EN: SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, RIÑAS, REBELIÓN O INSURRECCIÓN. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO
- C) SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES COMO:
 - a. AVIACIÓN PRIVADA CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, CON EXCEPCIÓN DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS CON ITINERARIOS FIJOS Y RUTAS ESTABLECIDAS
 - b. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO
 - c. CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILAR ACUÁTICOS Y TERRESTRES EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO
 - d. 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
 - e. LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE
- D) SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL
- E) LAS AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
- F) TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA
- G) 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)
- H) TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NEURÓICA, NEUROSIS Y PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.

I) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

J) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE ESTÉN EMPLEADAS DE TIEMPO COMPLETO Y TRABAJEN BAJO UN CONTRATO POR TIEMPO INDEFINIDO PARA UNA EMPRESA QUE CUENTE CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.

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, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.
2. **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.
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; el Beneficiario puede ser el Asegurado mismo o el Contratante.
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. **Desempleo Involuntario**
Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso.
7. **Enfermedad cubierta**
Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales.
8. **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.
9. **Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad**
Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes y siempre y cuando sea necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.
10. **Ley**

11. 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.

12. Periodo de Eliminación de Desempleo
Se define como el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo o hasta agotar el beneficio estipulado en la carátula o certificado de la Póliza.
13. Periodo de Eliminación de Invalidez Total Temporal por Enfermedad
Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la enfermedad que cause la Invalidez Total Temporal del Asegurado y estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza.
14. Periodo de Espera de Desempleo Involuntario
Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro, el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza; este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del Seguro que no sea renovación inmediata y continua de un Seguro anterior.
15. Plazo de reinstalación de la indemnización
El plazo normal para reinstalar la indemnización durante la vigencia de la póliza será de 12 (doce) meses después de la fecha del último pago de la cobertura de desempleo, siempre y cuando se trate de un evento distinto por el cual el asegurado hizo la reclamación, pero se podrá contratar un plazo diferente a petición del contratante y/o asegurado. Si dicho plazo resulta menor a un año la prima a cobrar sufrirá un recargo, si por el contrario fuese mayor a un año la prima a cobrar será descontada.
16. 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.

17. 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 como mínimo dieciocho (18) años y setenta y cuatro (74) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de ochenta (80) 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 artículo 172 de la Ley, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

CLÁUSULA 7ª. PLAZOS DE COBERTURA

- a) Temporal a un año y a corto plazo con renovaciones de igual duración indefinidamente y con primas mensuales.
- b) A plazos mayores a un año, con primas únicas.

CLÁUSULA 8ª. VALORES GARANTIZADOS

El Rescate es el único valor garantizado y su importe en todo momento será igual al componente de riesgo de la reserva matemática de la cobertura a primas únicas al tiempo de rescate.

CLÁUSULA 9ª. 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 será renovado automáticamente por periodos iguales y bajo las mismas condiciones en las 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 10ª. 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 su realización. Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación anterior, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente (artículo 67 de la Ley).

El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley 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.

Comprobación del Desempleo Involuntario: En las denuncias de Desempleo Involuntario, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

1. COPIA DE FINIQUITO Y/O LIQUIDACIÓN Y/O RESOLUCION O CONVENIO ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE.
2. COPIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE LA EMPRESA EN QUE LABORABA Y/O CARTA PATRONAL INDICANDO EL MOTIVO DE LA SEPARACIÓN, ASÍ COMO LAS FECHAS DE INGRESO Y SALIDA DE LA EMPRESA, TIPO DE CONTRATO.
3. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO (IFE, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL)
4. COPIA DE LOS 3 ÚLTIMOS RECIBOS DE NÓMINA.
5. *COPIA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO. (En caso de requerirlo)
6. COPIA DE LA BAJA ACTUALIZADA DEL IMSS O REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS O CARTA DE NO INSCRIPCION A LA INSTITUCION DE SALUD A LA CUAL ESTABA INSCRITO.
7. COPIA DEL ESTADO DE CUENTA
8. COMPROBANTE DE DOMICILIO

Comprobación de la Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad: En las denuncias de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

1. INFORME MÉDICO DE LA PRIMERA ATENCION RECIBIDA
2. HISTORIA CLINICA
3. COPIA DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS COMPLETAMENTE LEGIBLES EXPEDIDAS POR LA INSTITUCION PUBLICA QUE LO ATIENDE O MENCIONAR EN EL INFORME MEDICO EL PERIODO DE INCAPACIDAD
4. COPIA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS.

5. COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN OFICIAL.
6. COPIA DE RECIBOS DE NOMINA Y/O HONORARIOS Y/O DECLARACIÓN FISCAL.
7. COPIA DEL CERTIFICADO Y/O PÓLIZA. (En caso de requerirlo)
8. FORMATO "CONCE A TU CLIENTE" (ANEXO EL PRESENTE)
9. EN CASO DE ACCIDENTE, ES NECESARIO PRESENTAR ACTUACIONES MINISTERIALES E INFORME DE LAS PARTES QUE INTERVINIERON EN EL EVENTO.
10. COMPROBANTE DE DOMICILIO

Pagos: La Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días después de la fecha en que hubiere recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, tal y como lo establece el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para pagar la indemnización que corresponda al Asegurado o Beneficiario.

Deducciones: Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización reclamada.

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. SUICIDIO

Respecto de la cobertura de Vida, 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 (2) años de la celebración del contrato. **Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la Aseguradora reembolsará únicamente la reserva matemática** (artículo 197 de la Ley).

CLÁUSULA 4ª . VIGENCIA DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA 5ª. 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.

En caso de que una vez firmado el contrato de seguro hubiere modificaciones al mismo por parte de la Aseguradora, ésta las hará del conocimiento del Asegurado mediante alguno de los siguientes medios:

- i. Envío a domicilio de las nuevas condiciones generales modificadas, por los medios que la Aseguradora utilice para tales efectos.
- ii. Envío de fax;
- iii. Envío de correo electrónico.

La forma en que se hará constar la entrega de la Póliza será a través de un documento de acuse de recibo que recabará la Aseguradora.

Adicionalmente, las condiciones generales modificadas podrán ser consultadas a través de la siguiente página de Internet:

<http://www.acelatinamerica.com/ACELatinAmericaRoot/Mexico/General+Conditions>

La Aseguradora deberá enviar a el Asegurado las condiciones generales modificadas con una anticipación de quince (15) días naturales anteriores a que éstas surtan efecto para dicho Asegurado.

CLÁUSULA 6ª. 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 7ª. 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 8ª. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 9ª. 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 10ª. 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 11ª. INTERÉS MORATORIO

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en

Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro

correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

(Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

CLÁUSULA 12ª. 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 Aseguradora.

CLÁUSULA 13ª. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

El Asegurado y/o Contratante expresamente conviene en que la Aseguradora podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato de Seguro al cumplimiento de su vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, cuando del análisis de la información y/o documentación que le presenten para sustentar cualquier reclamación, se desprenda que el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario, los representantes de éstos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, participe en la tales hechos, con la finalidad de hacer incurrir a la Aseguradora en error, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato asume la Aseguradora, tales como disimular o declarar, falsa o inexactamente, cualquiera de dichos hechos; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del siniestro; o las consecuencias de la reclamación o de la realización del siniestro; o falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación.

Al efecto, la Aseguradora notificará por escrito, al Asegurado y al Beneficiario del seguro la terminación del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Aseguradora haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de éstos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro, desde tal momento y la Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier tipo, relacionados con la reclamación que motivó la resolución de obligaciones, así como de las derivadas del siniestro que, con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

Sin embargo, la Aseguradora será responsable por las obligaciones a su cargo derivadas de reclamaciones y siniestros que se hubieren presentado y reclamado válidamente.

CLÁUSULA 14ª. 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 15ª. 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.

CLÁUSULA 16ª. ARTÍCULOS CITADOS

Ley Federal del Trabajo

Art. 47	Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón: I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador; II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, o en contra de clientes y proveedores del patrón, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia; III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo; IV. Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo; V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo; VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio; VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él; VIII. Cometer el trabajador actos inmorales o de hostigamiento y/o acoso sexual contra cualquier persona en el establecimiento o lugar de trabajo; IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa; X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;
---------	---

	XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado; XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades; XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico; XIV. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo; XIV Bis. La falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio cuando sea imputable al trabajador y que exceda del periodo a que se refiere la fracción IV del artículo 43; y XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere. El patrón que despid a un trabajador deberá darle aviso escrito en el que refiera claramente la conducta o conductas que motivan la rescisión y la fecha o fechas en que se cometieron. El aviso deberá entregarse personalmente al trabajador en el momento mismo del despido o bien, comunicarlo a la Junta de Conciliación y Arbitraje competente, dentro de los cinco días hábiles siguientes, en cuyo caso deberá proporcionar el último domicilio que tenga registrado del trabajador a fin de que la autoridad se lo notifique en forma personal. La prescripción para ejercer las acciones derivadas del despido no comenzará a correr sino hasta que el trabajador reciba personalmente el aviso de rescisión. La falta de aviso al trabajador personalmente o por conducto de la Junta, por sí sola determinará la separación no justificada y, en consecuencia, la nulidad del despido.
--	---

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Art. 25	Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.
Art. 40	Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.
Art. 52	El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
Art. 67	Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la

	empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.
Art. 71	El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.
Art. 81	Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.
Art. 82	El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Art. 172	Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa 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 empresa 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 empresa 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 hubiera 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.
Art. 197	La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Art. 202	Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.
Art. 214	La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar 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, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente: I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte; II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios; III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico. El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, 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. La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.
Art. 102, y103	ARTÍCULO 102.- En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales

	servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización. Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo. ARTÍCULO 103.- La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases: I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente: a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente: a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas
Art. 277	En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución

	de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.
--	---

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Art. 50 Bis	Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la
-------------	--

	Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.
Art. 68	La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos. II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior; III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe; IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida. V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis. VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación. VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a

	elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea. VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa. En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica. XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.
--	---

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-S0039-0670-2013 de fecha 19 de Diciembre de 2013.

ACE Seguros, S.A.

Atención a Usuarios:

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

ENDOSO DE REINSTALACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN COBERTURA OPCIONAL

Cobertura: Durante la vigencia del seguro la indemnización contratada será reinstalada después de transcurrir 12 meses de efectuarse el último pago.

No obstante lo anterior, mediante la contratación de esta cobertura se podrá acordar un plazo diferente a petición del contratante y/o asegurado. Si dicho plazo resultase menor a un año la prima a cobrar sufrirá un recargo y si por el contrario fuese mayor a un año la prima sufrirá un descuento. Dicho recargo o descuento se calculará de acuerdo a la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas por la Aseguradora.

La indemnización se reinstalará únicamente para un evento diferente al que se cubrió originalmente.

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-S0039-0670-2013 de fecha 19 de Diciembre de 2013.

ENDOSO DE PAGOS RETROACTIVOS COBERTURA OPCIONAL

Cobertura: Mediante la contratación de esta cobertura y el pago de la prima adicional correspondiente, la Aseguradora cubrirá de forma retroactiva los pagos correspondientes al periodo de eliminación contratado (esto aplica tanto para el caso de desempleo involuntario como para el caso de desempleo por invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad, según corresponda a la situación laboral del Asegurado).

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-S0039-0670-2013 de fecha 19 de Diciembre de 2013.



SEGUROS DE VIDA GRUPO **CLÁUSULA OFAC**

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

ACE Seguros S. A.

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