Vida Grupo
Respaldo Funerario

Experiencia Global



Condiciones Generales

Condiciones generales

Índice

Página

I. Objeto del Seguro 6

II. Leyes Aplicables 6

III. Definiciones 6

1. Beneficiario 6
2. Categoría 6
3. Certificado 6
4. Compañía 6
5. Consentimiento 6
6. Contratante 7
7. Dependientes 7
8. Extraprima 7
9. Grupo Asegurado 7
10. Integrante o Asegurado 7
11. Póliza o Contrato de Seguro 7
12. Prima 7
13. Relación de Integrantes 7
14. Salario Base 7
15. Siniestro 8
16. Suma Asegurada 8
17. Suma Asegurada Máxima 8

IV. Descripción del Seguro 8

1. Características del Grupo Asegurado 8
   a) Grupo Asegurado con Relación Laboral 8
   b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral 8
2. Descripción de la Cobertura de Pago de Gastos Funerarios 8
3. Edades de Aceptación 9
   a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral 9
   b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral 9
4. Edad de Renovación 9

Condiciones generales

		Página
V.	**Dividendos**	**9**
1.	Definición de Dividendo	9
2.	Dividendos por Experiencia Global	9
a)	Con Dividendos	9
b)	Sin Dividendos	9
3.	Pago de Dividendos	9
a)	Cálculo	9
b)	Periodo de Pago	10
VI.	**Cláusulas Generales**	**10**
1.	Vigencia	10
2.	Designación de Beneficiarios	10
3.	Pago de la Prima	11
4.	Moneda	12
5.	Corrección del Contrato de Seguro	12
6.	Indisputabilidad	12
a)	Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral	12
b)	Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral	12
7.	Omisiones o Inexactas Declaraciones	13
8.	Notificaciones	13
9.	Cambio de Ocupación	13
10.	Rehabilitación	13
11.	Carencia de Restricciones	14
12.	Suicidio	14
13.	Comprobación del Siniestro	14
14.	Verificación de Edad	14
15.	Pago del Seguro	15
16.	Intereses Moratorios	15
17.	Impuestos	15
18.	Prescripción	16
19.	Competencia	16
20.	Terminación del Contrato de Seguro	16
21.	Revelación de Comisiones	17
22.	Prelación	17

Condiciones generales

	Página
VII. Procedimientos	**17**
1. Certificados Individuales	17
2. Relación de Integrantes	17
3. Regla para Determinar Suma Asegurada	18
a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral	18
b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral	18
4. Administración de la Póliza	18
a) Sistema Autoadministrado	18
1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	18
2. Ajuste de Primas	19
b) Sistema Normal	20
1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	20
a) Ingreso en el Grupo Asegurado	20
b) Bajas en el Grupo Asegurado	20
2. Ajuste de Primas	21
c) Sistema a Declaración	21
1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	21
a) Ingreso en el Grupo Asegurado	22
2. Ajuste de Primas	22
5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado	22
6. Modificaciones	23
a) Cambio de Contratante	23
b) Cambio de Forma de Pago de las Primas	23
c) Cambio de Beneficiarios	23
7. Renovación	23
VIII. Artículos Citados	**24**
IX. Registro	**31**

AXA Seguros, S.A. de C.V.

Respaldo Funerario

Experiencia Global

Condiciones generales

I. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar a los Asegurados incluidos en la "Relación de Integrantes" de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro, la protección por la cobertura del gasto que representan los servicios funerarios en caso de que llegara a ocurrir el fallecimiento del Integrante, esta protección se hace extensiva a los Dependientes del Integrante con las delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

II. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, el Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

III. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por:

1. Beneficiario
Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Integrante en términos del Contrato de Seguro.

2. Categoría
El Contratante podrá designar una clasificación para sus Integrantes, en la cual se establecerán las reglas de Suma Asegurada de cada una de estas clasificaciones de carácter general.

3. Certificado
Es el documento en el que se hacen constar los derechos y obligaciones del Integrante y de la Compañía respecto del seguro contratado.

4. Compañía
AXA Seguros, S.A. de C.V.

5. Consentimiento
Documento mediante el cual el Integrante acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios.

6. Contratante
Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas y que, además, se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Integrante de la Póliza. En caso de que el Contratante sea Integrante, esta circunstancia se hace constar en la Relación de Integrantes de la Póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral, no puede contratar para sí la cobertura.

Podrá cambiar la persona del Contratante durante la vigencia de la Póliza; en caso de ser persona física, el Contratante podrá solicitar la continuidad de la cobertura de la Póliza a su favor, para ello deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

7. Dependientes
Se considerarán como tales a aquellas personas que dependan económicamente del Integrante: ya sea el cónyuge (o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino) y los hijos que sean solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

8. Extraprima
Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado.

9. Grupo Asegurado
Es un conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que han dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado.

10. Integrante o Asegurado
Cualquier persona que forma parte del Grupo Asegurado descrita en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.
El Contratante persona física puede ser Integrante del Grupo Asegurado.

11. Póliza o Contrato de Seguro
Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, constituyendo parte del mismo las declaraciones del Contratante y/o Integrantes proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro y los Consentimientos; así como los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Integrantes como son la carátula de la Póliza, la Relación de Integrantes, Certificados, las condiciones generales, sus endosos y en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

12. Prima
Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección a los Integrantes, basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida del Integrante al momento de la contratación.

13. Relación de Integrantes
Es el registro de Asegurados, que se imprime en cada Contrato de Seguro.

14. Salario Base
Se entenderá como Salario Base, aquel que percibe el trabajador de manera diaria, semanal, quincenal o mensual; sin incluir gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, Primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo.

15. Siniestro
Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización.

16. Suma Asegurada
Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual, el(los) Integrante(s) estará(n) protegido(s) por la cobertura contratada, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado, Relación de Integrantes o en los endosos correspondientes.

Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del Contratante o, cuando el límite de responsabilidad esté directamente relacionado con las percepciones salariales base de los Integrantes.

17. Suma Asegurada Máxima
Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a esta máxima, la Compañía podrá solicitar la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo.

IV. Descripción del Seguro

1. Características del Grupo Asegurado
a) Grupo Asegurado con Relación Laboral
Otorga la cobertura establecida en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que tengan relación con el Contratante y cuyo objeto es el de garantizar prestaciones u obligaciones con los Integrantes.

b) Grupo Asegurado sin Relación Laboral
Otorga la cobertura establecida en la carátula de la Póliza a los miembros del Grupo Asegurado que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común lícito, previo e independiente y que cumplan con alguno de los siguientes supuestos:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación de seguro.
3. Personas que tengan un contrato laboral con el Contratante, pero que se adhieren a este Contrato de Seguro de forma voluntaria quedando a su cargo el pago de la Prima.

Además, los Integrantes de cada uno de estos Grupos Asegurados deben reunir los siguientes requisitos:

a) Que hayan firmado los respectivos Consentimientos, en los formatos proporcionados por la Compañía.
b) Que aparezcan inscritos en la Relación de Integrantes de la Póliza.
c) No estén afectados por estados de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la Póliza. Podrán ser Asegurados a partir del día siguiente en el que cesen los estados de invalidez total parcial. Sin embargo, la cobertura contratada tendrá efecto únicamente por padecimientos diferentes y no debidos a consecuencia de las que originaron el estado de invalidez previo.

2. Descripción de la Cobertura de Pago de Gastos Funerarios
Si durante el plazo del Contrato de Seguro y de no haberse cancelado por falta de pago de Primas, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ocurre el fallecimiento de uno o algunos de los Integrantes, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el gasto que generan los servicios funerarios hasta la Suma Asegurada contratada; de acuerdo con los términos estipulados por el Contratante y la Compañía en la cláusula denominada “Regla para Determinar la Suma Asegurada” y conforme a las condiciones generales de este Contrato de Seguro y al Certificado individual.

Quedan Asegurados bajo la misma cobertura el Integrante con sus Dependientes. En caso de fallecer algún Dependiente, se pagará al Integrante la Suma Asegurada correspondiente siempre y cuando la causa de la muerte esté cubierta.

3. Edades de Aceptación

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Los límites de admisión para el Integrante y su cónyuge fijados por la Compañía son 14 (catorce) años de edad como mínimo, y como máximo el señalado en la carátula de Póliza. Para los hijos del Integrante, la edad mínima de aceptación es 1 (un) mes de nacido y la máxima 25 (veinticinco) años, siempre y cuando sean solteros y no perciban remuneración por trabajo personal.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Las edades de aceptación para el Integrante y su cónyuge establecidas por la Compañía son 12 (doce) años como mínima, y la máxima hasta 70 (setenta) años. Para los hijos del Integrante la edad mínima de aceptación es 1 (un) mes de nacido y la máxima 25 (veinticinco) años, siempre y cuando sean solteros y no perciban remuneración por trabajo personal.

4. Edad de Renovación

La edad máxima de renovación para el Integrante es hasta 99 (noventa y nueve) años.

V. Dividendos

1. Definición de Dividendo

Es el monto que al finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, se entrega al Contratante o a los Integrantes del Grupo Asegurado de acuerdo a su contribución al pago de la Prima y al inciso a) del numeral 3. Pago de Dividendos, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

2. Dividendos por Experiencia Global

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Global de la Compañía. Se entenderá por Experiencia Global cuando la Prima del Grupo Asegurado no esté determinada con base en su experiencia y sí con base en la siniestralidad de la cartera con las mismas características de riesgo que existan en la Compañía.

a) Con Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Integrantes cuando participen en el pago de la Prima y de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado, tendrán derecho a recibir la utilidad por concepto de mortalidad favorable. En este caso, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la renovación de este contrato.

b) Sin Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Integrantes no participarán de la utilidad por concepto de mortalidad favorable.

3. Pago de Dividendos

a) Cálculo

Se calculará con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las Primas netas de riesgo devengadas y los Siniestros ocurridos en forma anual, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y de acuerdo a la experiencia total de la cartera con las mismas características que existan en la Compañía.

Cuando los Integrantes participen en el pago de la Prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. La Compañía entregará al Contratante los Dividendos que correspondan a cada Integrante, obligándose el Contratante a enterar

dicha aportación a cada uno de los Integrantes, de acuerdo a su participación al pago de la Prima y a recabar de cada uno de ellos el recibo finiquito por su pago de Dividendos. La determinación de los Dividendos a ser pagados, se realizará al finalizar la vigencia de la Póliza.

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima neta de riesgo que corresponda por la celebración de este Contrato de Seguro, misma que podrá variar de acuerdo a las altas, bajas y/o modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su vigencia. Para el cálculo del Dividendo, se considerará la Prima neta de riesgo resultante al final de la vigencia anual.

b) Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia del Contrato de Seguro, no podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia del Contrato de Seguro. Si la vigencia de este contrato es menor a 1 (un) año, no se podrán otorgar Dividendos.

Los Dividendos no son garantizados, los Dividendos a ser pagados al final de la vigencia serán los que resulten de aplicar el método de cálculo que se establece en el inciso a) del numeral 3. Pago de Dividendos.

Para el caso en que los Integrantes participen en el pago de la Prima, únicamente se entregará el pago correspondiente de Dividendos una vez que el Contratante manifieste por escrito a la Compañía que no tiene pendiente por reportar Siniestros ocurridos en la vigencia de la Póliza.

En caso de cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se entregará o repartirá Dividendo alguno.

El pago de Dividendos no estará condicionado a la renovación de la Póliza. Los Dividendos se calcularán una vez efectuado el ajuste de Primas, dicho ajuste deberá considerar los movimientos realizados en el contrato durante la vigencia de la Póliza. Los Dividendos se pagarán una vez cubierta la totalidad de la Prima anual.

VI. Cláusulas Generales

1. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado por el Contratante y la Compañía. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la Póliza y vencerá en la fecha de término de vigencia; el plazo máximo para este seguro es de 1 (un) año, siempre y cuando se encuentre al corriente en el pago de la Prima. Para los Integrantes que entren con posterioridad al Grupo Asegurado, la vigencia se hará constar en el Certificado individual.

2. Designación de Beneficiarios

El Contratante no podrá ser designado Beneficiario, salvo que el objeto del Contrato de Seguro sea alguno de los siguientes supuestos:

a) Garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.
b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, Accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

El Integrante tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo al artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará la cobertura por fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Integrante puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en el Certificado individual, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Integrante; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Integrante y éste no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Integrante haya dispuesto otra cosa.

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3. Pago de la Prima

El Contratante deberá pagar la Prima anual de la cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada; ya sea mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima. En el caso de pago en parcialidades, el pago de las Primas subsecuentes, vencerá al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, se cancelará en forma automática este contrato.

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

En caso de que el pago de la Prima se realice a través de descuento por nómina, será prueba suficiente el recibo de pago de nómina emitido por el patrón en el que conste el concepto de descuento por la contratación de este seguro.

4. Moneda

Todos los pagos del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza; la moneda será moneda nacional.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

5. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

6. Indisputabilidad

Este contrato será disputable, durante el plazo que se indique para cada Grupo Asegurado, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

a) La solicitud del seguro.
b) Consentimiento.
c) Solicitud de requisitos cuando aplique.
d) El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral
Siempre será disputable dentro de su primer año de vigencia continua e ininterrumpida y **solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral
Siempre será disputable durante los 2 (dos) primeros años de vigencia continua e ininterrumpida y **solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.**

Tratándose de miembros de nuevo ingreso en el Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refieren los incisos anteriores, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación de la Póliza, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes, el Contrato será indisputable.

De igual forma, en el supuesto de que con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite un incremento en la Suma Asegurada que hubiere sido aceptado por la Compañía, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, será disputable a partir del inicio de la vigencia del incremento en la Suma Asegurada.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

7. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y/o los Integrantes al llenar el formato de Consentimiento y solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a la Compañía –mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada-, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Integrante, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Esta cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

8. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Integrante, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

9. Cambio de Ocupación

En caso que el Integrante cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, el Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

Con esta notificación, la Compañía realizará los ajustes correspondientes a la Prima, con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma asegurada de la Póliza.

En caso de que el Integrante fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, la Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Certificado individual del Integrante, sin necesidad de declaración judicial de acuerdo a la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

10. Rehabilitación

En caso que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
b) Que el Grupo Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
c) Cubrir el importe de las Primas no pagadas.
d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la institución comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en la cláusula Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro, no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

11. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación al tipo de vida, residencia o viajes del Integrante, con excepción de lo establecido en la cláusula Cambio de Ocupación.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

12. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Integrante, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro y del respectivo Certificado individual, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Integrante, la Compañía solamente pagará el importe de la reserva matemática disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada no estipulado en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o se acepte el incremento de Suma Asegurada.

13. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Integrante o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a la cobertura contratada de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Integrante o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

14. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Integrante y en su caso del Contratante Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del Certificado individual.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de la cobertura.

La edad declarada por el Integrante o Contratante Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Integrante o Contratante Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza, Relación de Integrantes y Certificado correspondiente o extenderá al Integrante o Contratante Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Integrante o Contratante Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Integrante o Contratante Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía rescindirá el Certificado individual del Integrante de que se trate y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Integrante o Contratante Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indica:

a) 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;
b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Integrante, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
c) 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 Integrante en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
d) Si con posterioridad a la muerte del Integrante 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 la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

15. Pago del Seguro

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. 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, lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de fallecimiento de algún Dependiente, la Suma Asegurada se pagará al Integrante del Grupo Asegurado.

La Prima anual no vencida, o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

16. Intereses Moratorios

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Integrante o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

17. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Integrantes o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

18. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 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".

Artículo 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. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor".

Artículo 84

"Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago".

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

19. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros 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.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento deberán de presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen; para reclamaciones en casos distintos al fallecimiento, éstas deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

20. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguno de los siguientes supuestos:

a) Fecha de término del periodo de Vigencia.

b) A falta de pago de la Prima, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante la cancelación del Contrato de Seguro.
c) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.
d) El Contratante puede cancelar este Contrato de Seguro indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía en caso de ser procedente se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación.
e) La Compañía podrá dar por terminado el Certificado Individual o el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

21. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

22. Prelación

En caso de existir Condiciones Particulares pactadas en la Póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

VII. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado individual para que éste se los proporcione a los Integrantes del Grupo Asegurado, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
d) Nombre del Contratante.
e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado.
g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en la cobertura.
h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
i) Las principales cláusulas que contenga este contrato, incluyendo los artículos 17, 18 y 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Relación de Integrantes

La Compañía al recibir en la solicitud de seguro los Consentimientos de cada Integrante, elaborará y entregará al Contratante la Relación de Integrantes y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante un listado que formará parte integrante del propio registro.

La Relación de Integrantes contendrá la siguiente información:

a) Nombre, edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado.
b) La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo.

3. Regla para Determinar Suma Asegurada

a) Para el Grupo Asegurado con Relación Laboral

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Integrantes. Esta regla se podrá manejar de diferentes maneras, las cuales podrán ser calculadas por:

1. Suma Asegurada fija.
2. Suma Asegurada variable, la cual el Contratante podrá establecer por el número de veces del sueldo y/o plan de protección.
3. Suma Asegurada mixta, la cual puede ser una combinación de los incisos anteriores.

La regla para determinar la Suma Asegurada podrá estar relacionada directamente con la nómina; o en su defecto, cuando se establezca por meses de sueldo, éste deberá especificar los conceptos que constituyen el sueldo sin exceder 5 (cinco) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal (SMGAVDF). En aquellos casos en que la regla de Suma Asegurada tome como referencia el salario, se entenderá salvo especificación en contrario, como el Salario Base de acuerdo a la definición indicada en estas condiciones generales.

b) Para el Grupo Asegurado sin Relación Laboral

Para efectos del cálculo de la Prima, el Contratante definirá la regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los Integrantes sin que ésta pueda exceder 5 (cinco) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal (SMGAVDF).

La regla para determinar la Suma Asegurada deberá ir directamente relacionada, para cada Categoría que el Contratante establezca.

La Suma Asegurada para los Dependientes hijos menores de 12 (doce) años es una ayuda para últimos gastos y no podrá ser mayor a 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF) a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

4. Administración de la Póliza

El Contrato de Seguro, de acuerdo al número de Integrantes, relación con el Contratante y a solicitud expresa de éste, podrá ser administrada de acuerdo a los sistemas siguientes:

a) Sistema Autoadministrado

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado con relación laboral, siempre y cuando el número de Integrantes así lo requiera.

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante, bajo convenio previo entre la Compañía y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados individuales) y a informar a los Integrantes su contenido, y en su caso el pago de Dividendos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro lo anterior de conformidad con lo establecido por del artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

Quedarán cubiertos todos los Integrantes desde su entrada al Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en el Certificado individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso al Grupo Asegurado y dejarán de estarlo al separarse definitivamente del Contratante.

El Contratante no entregará a la Compañía reportes de movimientos de altas y bajas durante la vigencia del Contrato de Seguro, comprometiéndose la Compañía a proteger a los nuevos Integrantes

desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

a) En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.
b) Para casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base en sueldos y se lleve a cabo un incremento general en la nómina, porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo, el Contratante deberá reportar a la Compañía el excedente dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado dicho incremento.

c) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 Asegurado 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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

2. Ajuste de Primas

Los ajustes en Primas por motivos de incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la Suma Asegurada durante la vigencia, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de acuerdo a la regla de Suma Asegurada establecida para los Integrantes así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del contrato, con esa información se determinará la Suma Asegurada al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo Asegurado. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30

(treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes que no hayan salido del Grupo Asegurado y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

b) Sistema Normal

Mediante este sistema la Compañía administrará la entrega de los Consentimientos, Certificados y en su caso el pago de Dividendos.

Este sistema es aplicable para el Grupo Asegurado sin relación laboral o en su defecto para el Grupo Asegurado con relación laboral bajo los siguientes supuestos:

1. Pólizas opcionales, es decir cuando los Integrantes participen en el pago de la Prima.
2. Cuando la regla de Suma Asegurada no esté establecida con base en una regla de carácter general.

Para este sistema el Contratante deberá notificar por escrito los movimientos de altas, bajas y aumentos de Suma Asegurada en cada mes contado a partir de vigencia de la Póliza, debiendo entregar a la Compañía la documentación correspondiente de cada movimiento realizado durante la vigencia de la Póliza.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

a) Ingreso en el Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 Asegurado 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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

b) Bajas en el Grupo Asegurado

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 Compañía 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 (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Los Integrantes que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del Grupo Asegurado. Las bajas de los Integrantes serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Integrante no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

2. Ajuste de Primas

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas se realizarán de acuerdo a la edad, ocupación y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

c) Sistema a Declaración

Este tipo de administración es aplicable cuando el Contratante requiere del cobro de la Prima según la declaración mensual de población.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Compañía y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información prevista en los Certificados y en su caso, el pago de Dividendos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

1. Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad de pago que se señala en la carátula de la Póliza, o en su defecto, mensualmente, la información relativa a los nuevos Integrantes que se aseguran.

Quedarán cubiertos todos los Integrantes que el Contratante reporte a la Compañía y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos.

La Compañía se compromete a proteger a los nuevos Integrantes desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos de asegurabilidad establecida en la carátula de la Póliza.

En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada Máxima aplicable será la establecida para el Grupo Asegurado. La indemnización en caso de Siniestro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

a) **Ingreso en el Grupo Asegurado**
Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 Asegurado 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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

2. **Ajuste de Primas**
Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

5. Derechos al Separarse del Grupo Asegurado

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la Suma Asegurada máxima sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Integrante al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida (artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

6. Modificaciones

Las condiciones generales de la Póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

a) Cambio de Contratante

Para Grupos Asegurados cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima no devengada.

Para los casos en que el Integrante haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este Contrato, apegándose a lo mencionado en la cláusula Dividendos.

b) Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

c) Cambio de Beneficiarios

El Integrante de Grupo Asegurado con o sin relación laboral que desee cambiar a sus Beneficiarios, tanto en Pólizas que se administren bajo el sistema denominado Autoadministrado, Normal y a Declaración deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez deberá notificar a la Compañía en un plazo no mayor a 30 (treinta) días. La Compañía elaborará la actualización del Certificado, haciendo entrega de este documento al Contratante.

En caso de Siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Compañía en la que se indique que el Consentimiento que se anexa representa la voluntad final del Integrante.

7. Renovación

La cobertura y la Prima tendrán una duración de acuerdo al periodo pactado por el Contratante y la Compañía con un plazo máximo de 1 (un) año, y este Contrato de Seguro se podrá renovar bajo las mismas condiciones en que fue contratado por plazos sucesivos de igual duración y siempre que se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la primera vigencia del Contrato de Seguro y en lo dispuesto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. Las Primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Integrantes cuyas edades, en la fecha de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.

VIII. Artículos citados en las condiciones generales

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:	
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.	**Art. 276**

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.	**Art. 276**
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.	**Art. 277**

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.	**Art. 277**
Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a: I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre: a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados. Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información. Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:	**Art. 492**

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquellas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen; b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes; c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes. El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito. Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan. La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.	**Art. 492**

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.	**Art. 492**
Ley Sobre el Contrato de Seguro:	
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento del pago.	**Art. 84**
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	**Art. 169**
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. 172**
El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.	**Art. 176**
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:	
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 encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;	**Art. 50 Bis**

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. 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. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	**Art. 50 Bis**
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.	**Art. 65**
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 justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, 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 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 deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional 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;	**Art. 68**

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 se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera 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 el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente 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 se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda. XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	**Art. 68**

IX. Registro

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-S0048-0457-2010 de fecha 21 de diciembre de 2010.



Llámanos sin costo

800 900 1292

axa.mx

VI - 337• DICIEMBRE 2015

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, piso 6, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx