



SEGURO DE GRUPO VIDA CRÉDITO PARA EMPLEADOS

Condiciones Generales 2016



DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

1. Accidente

Aquel acontecimiento súbito, fortuito y violento que provoque lesiones o la muerte del Asegurado.

2. Compañía/Aseguradora

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

3. Póliza

Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

4. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o particulares del Contrato y forma parte de éste.

5. Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

6. Contratante

Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores

7. Grupo Asegurado

En términos de los Artículos 2 y 12 del Reglamento del Seguro de Grupo Para la Operación de Vida y de Colectivo para la Operación de Accidentes Personales, constituyen el Grupo Asegurado todas las personas que hayan celebrado con el Contratante una operación o acto que derive en prestaciones o créditos los cuales se pretende garantizar a través de esta póliza.

Previo consentimiento por escrito, cada deudor del Contratante quedará automáticamente asegurado desde el momento en que se genere el acto por el que resulte deudor.

Los integrantes del Grupo Asegurado no deberán estar sujetos a un proceso de invalidez y deberán ser empleados en términos del artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, debidamente inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

8. Asegurado

Cada uno de los integrantes que cumpla con la definición de Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza.

9. Beneficiario

Para efectos de esta póliza el Contratante será al mismo tiempo Beneficiario Irrevocable hasta por el saldo insoluto de la deuda que para con él tenga cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, para todas las coberturas excepto para la cobertura de desempleo involuntario en la que el beneficiario es el mismo Asegurado

10. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresan los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

11. Invalidez Total y Permanente

Se considerará que existe Invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado, como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado de manera permanente, para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior, la pérdida de:

- a) La vista en ambos ojos de manera irreparable y absoluta
- b) Ambas manos
- c) Ambos pies
- d) Una mano y de un pie
- e) Una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo

12. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

13. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura, ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

14. Padecimientos Preexistentes.

Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos en los que se haya realizado un diagnóstico, estudio, tratamiento o gasto médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas fehacientes que se señalan en los siguientes casos: i) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico o ii) Cuando La Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

15. Periodo de espera

Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para cada Asegurado desde la fecha de inicio de la cobertura en la póliza, para que en términos contractuales se origine el pago del beneficio.

16. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

17. Saldo Insoluto.

Cantidad total adeudada por el Asegurado al Contratante bajo el Crédito Personal, en la fecha en la que ocurre el siniestro.

18. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato que dé origen al pago de la indemnización cubierta.

CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato

La Póliza, la Solicitud y el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

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

2. Objeto del Contrato

El objeto del contrato de seguro es el de garantizar créditos concedidos por El Contratante, hasta por el saldo insoluto correspondiente.

Si un Asegurado tiene en vigor dentro de esta póliza más de un crédito, La Compañía pagará únicamente la suma asegurada máxima indicada en esta póliza y en todo caso devolverá al Contratante la prima pagada en exceso.

En caso de que dos o más personas sean obligadas en una misma deuda, cada una de estas personas quedará asegurada por la parte del crédito que le corresponda, siendo la suma asegurada total igual al monto de la deuda.

En ningún caso La Compañía estará obligada a pagar sumas aseguradas mayores a las establecidas para cada Asegurado.

3. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hará constar mediante Endosos o Cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

4. Vigencia del Contrato

El presente Contrato entrará en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado, quedando constatada dicha fecha por escrito en la Carátula de la Póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de seguro contratado.

5. Terminación del Contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones
- b) En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción de ésta.
- c) El Contratante puede cancelar este Contrato 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 se obliga a devolver la Prima No

Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato.

6. Créditos no Cubiertos

- **Las prestaciones debidas por personas morales.**
- **Las penas convencionales.**
- **Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos en fechas ciertas o bien cuando el periodo establecido entre cada pago sea mayor de un año.**

7. Consentimientos y Certificados

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación a dicho Grupo, asimismo La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del Grupo asegurado.

8. Entrega de documentación contractual

La Compañía entregará al Contratante de la póliza la documentación contractual del presente contrato incluyendo carátula, condiciones generales, folletos de derechos básicos y certificados individuales así como cualquier endoso que en su caso de adhiera a la misma. El contratante hará entrega a los Asegurados de su certificado individual al que se deberá agregar un folleto de derechos básicos, en caso de que el Asegurado solicite un duplicado o no le sea entregado por el contratante, podrá obtenerlo a través de una solicitud al 018000884662 o bien al correo electrónico atencionaclientes@thonaseguros.mx.

9. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas; fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

A solicitud por escrito del Contratante, y siempre que proceda, la Compañía modificará el registro:

- a) Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá hacer lo propio en su ejemplar.
- c) Con el cambio de Sumas Aseguradas.
- d) Al renovarse el Contrato
- e) Con cualquier otro cambio que procediera, de acuerdo con este Contrato o con el marco jurídico relacionado con este Seguro.

El incumplimiento por parte del Contratante, sobre la entrega a La Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de baja de inmediato, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

10. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme al artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes Personales, en relación con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, están obligadas a declarar por escrito a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del

riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de su ingreso al grupo asegurado. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, por cuanto al certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

11. Prima

La prima total del Grupo Asegurado, así como las primas que corresponden a cada integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

12. Pago de Prima

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima.

La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el Contratante optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

13. Periodo de Gracia

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente 30 días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días de espera la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida del grupo a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de espera, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

14. Ajuste de la Prima

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la prima por devengar que corresponda a su edad (si es tarificación individualizada) o la del grupo global, según sea el caso, en el mismo plan pero a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del Contrato.

15. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud del Contratante, siempre que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Grupo.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

16. Rehabilitación

La Compañía podrá rehabilitar este Contrato, si hubiera dejado de estar en pleno vigor, al satisfacerse los siguientes requisitos:

- a)** El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcionará la Compañía.
- b)** Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

17. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, serán realizados en Moneda Nacional.

18. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

19. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

20. 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 Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

21. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagará la prima que corresponda.

22 . Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido.

En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituye la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

23 . Beneficiario

El Contratante es el beneficiario de las coberturas amparadas en este contrato, por cuanto al saldo insoluto el crédito constituido a su favor, para todas las coberturas excepto para la cobertura de desempleo involuntario en la que el beneficiario es el mismo Asegurado.

24 . Edad

Las edades de admisión y cancelación de los integrantes del Grupo Asegurado se establecerán en la carátula de la póliza, en caso contrario, se entenderá que la edad de aceptación es de 16 años cumplidos y la edad de cancelación es de 99 años cumplidos.

La edad de los integrantes del Grupo Asegurado, debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a la Compañía, ésta lo anotará en el Certificado o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, el Certificado correspondiente seguirá en vigor por la misma Suma Asegurada de acuerdo a las reglas siguientes:

- a)** Si la edad declarada resultase inferior a la real, la obligación de la Compañía 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, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad. Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.
- b)** Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c)** En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la Carátula de la Póliza, el Contrato quedará rescindido respecto del integrante de que se trate y el Certificado respectivo sin valor alguno y la Compañía reembolsará al Contratante la Reserva Matemática correspondiente al expresado integrante.

25 . Ajustes de la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de la Póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

26. Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

27. Notificación 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 personal moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados. Cualquier cambio a estas circunstancias deberá notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede ajustar la prima correspondiente.

29. Interés Moratorio

Si la Aseguradora no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, que a la letra dicen:

"Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

"ARTÍCULO 276.- 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

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;

Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

COBERTURAS

1. FALLECIMIENTO

La Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable la Suma Asegurada que corresponda al saldo insoluto del Asegurado a la fecha de su fallecimiento, si el Asegurado fallece por cualquier causa, incluyendo suicidio.

2. SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura Al Beneficiario Irrevocable, si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que dicha invalidez sea total y permanente.

Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

Para poder decretar el estado de invalidez o incapacidad total y permanente se requiere que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

También se consideran estados de invalidez o incapacidad total y permanente, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Para la cobertura de invalidez total y permanente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), este dictamen será inapelable.

Lo anterior sin perjuicio de lo consignado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que faculta a la Aseguradora para solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Exclusiones

El pago de este beneficio no procederá si la Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Total y Permanente es consecuencia de lo siguiente:

- a) **Lesión corporal infligida Intencionalmente por el propio ASEGURADO, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- c) **Lesiones sufridas por la participación directa del ASEGURADO en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada.**
- d) **Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el ASEGURADO viaje como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros**
- e) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- f) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.**
- g) **Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- h) **Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3. DESEMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

Esta cobertura aplica para los Asegurados que se encuentren sujetos a una relación laboral por tiempo indeterminado, y que los mismos tengan plena capacidad para el trabajo, prestando a otra persona física o moral un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo. Si el Asegurado dentro de la vigencia de su Certificado, llegare a perder el empleo, La Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable la mensualidad correspondiente hasta agotar la Suma Asegurada para esta cobertura, especificada en la carátula de la póliza.

Comprobación del Desempleo

Para presentar la reclamación de este Beneficio, el Beneficiario Irrevocable deberá dar aviso a La Compañía mensualmente por escrito del evento y presentar los siguientes documentos:

- 1. Solicitud de reclamación firmada (original).
- 2. Informe en el que se haga constar que el asegurado no se encuentra como trabajador activo registrado ante el Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Restricciones

Este Beneficio sólo podrá ser utilizado por el Asegurado por un equivalente de hasta seis (6) meses de la cobertura mensual durante la vigencia del certificado.

Periodo de Espera

El Beneficio derivado del estado de desempleo del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos sesenta (60) días naturales a partir de que tenga lugar el despido.

EXCLUSIONES

El pago de este beneficio no procederá en los siguientes casos:

- a) Cuando la pérdida del empleo tenga por objeto la obtención de pensión por Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- b) Pérdida del empleo por guerra declararla o no declarada, conmoción civil, Insurrección, rebelión, motín, o catástrofe nuclear.**

4. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Esta cobertura aplica para los Asegurados que se encuentren sujetos a una relación laboral, con antigüedad mayor a un año a la fecha de reclamación de la cobertura, en términos de la Ley Federal del Trabajo y se encuentren inscritos ante el Instituto de Seguridad Social correspondiente, y que los mismos tengan plena capacidad para el trabajo, prestando a otra persona física o moral un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo. Si el Asegurado dentro de la vigencia de su Certificado, llegare a perder su empleo involuntariamente, La Compañía pagará al Asegurado la cantidad mensual correspondiente hasta la Suma Asegurada para esta cobertura, ambas establecidas en la carátula de la póliza.

Comprobación del Desempleo Involuntario

El Asegurado cuenta con 5 días naturales para dar aviso a La Compañía por escrito del siniestro, salvo caso fortuito y/o fuerza mayor, debiendo presentar el aviso en cuanto cese uno u otro, y presentar los siguientes documentos que demuestren el desempleo:

- a) Solicitud de reclamación firmada (original).
- b) Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía del Asegurado.
- c) Informe en el que se haga constar que el asegurado no se encuentra como trabajador activo registrado ante el Instituto de Seguridad Social correspondiente.
- d) Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos, si existieran o los tuviera: (i) comprobante de liquidación, (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos dos (2) recibos o comprobantes de ingresos, (iii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; o (iv) copia certificada de laudo arbitral en el que se declare que no hubo causa justificada para el despido, o convenio elevado a laudo ejecutoriado en el que se reconozca la inexistencia de justificación para el despido o terminación de relación.
- e) Consentimiento debidamente requisitado y firmado por el Asegurado, si cuenta con

él.

Lo anterior sin perjuicio de lo consignado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que faculta a la Aseguradora para solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Restricciones

Este Beneficio sólo podrá ser utilizado por el Asegurado por un equivalente de hasta seis meses de la cobertura mensual durante la vigencia del certificado.

Período da Espera

El Beneficio derivado del estado de desempleo del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos sesenta (60) días a partir de que tenga lugar el despido.

EXCLUSIONES

El pago de este beneficio no procederá en los siguientes casos:

- a) Renuncia voluntaria del empleo.**
- b) Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- c) Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
- d) Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, motín, o catástrofe nuclear.**
- e) Despido o terminación de la relación de trabajo por causas imputables al trabajador descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de Enero de 2016, con el número CNSF-S0120-0518-2015/ CONDUSEF-001348-01.

El número de registro que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF-001348-01.



