

EL CONTRATO DE SEGURO SE SUJETARA A LAS SIGUIENTES CLAUSULAS GENERALES Y A LAS ESPECIALES, TENIENDO PRELACION ESTAS ULTIMAS.

**Contenido de la Póliza (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

**CLÁUSULAS GENERALES**

**CLÁUSULA 1ª. OBJETO.**

La compañía se obliga mediante el pago de una prima y de acuerdo a la solicitud, a el(los) consentimiento(s) para ser asegurado(s) y a las demás declaraciones del contrato de seguro y durante su vigencia, a brindar a la(s) persona(s) que forman la colectividad asegurada la protección sobre la vida y en su caso cuando así sea contratado por los beneficios adicionales amparados en esta póliza, obligándose en caso de que sea procedente a pagar al Contratante en su carácter de beneficiario irrevocable, del saldo insoluto del contrato de crédito que tiene(n) celebrado.

**CLÁUSULA 2ª. CONTRATANTE.**

Es la persona moral que ha solicitado la celebración del contrato de seguro con la Compañía, y que se compromete a recabar la información y/o documentación necesaria para el aseguramiento a que se refiere la presente póliza, así como a enterar a la Compañía las cantidades de dinero que en concepto de primas recibe, en su caso, de las personas que forman la colectividad asegurada.

**CLÁUSULA 3ª. PLAZO DEL SEGURO.**

Se entenderá que el plazo del seguro será de un año, si en la carátula de la póliza y/o endoso no se establece plazo alguno.

**CLÁUSULA 4ª. VIGENCIA DEL CONTRATO.**

El presente contrato entra en vigor a partir de la fecha de expedición de la presente póliza o desde el momento en que el Contratante o Asegurado tenga(n) conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la Compañía.

**CLÁUSULA 5ª. DEUDORES ASEGURADOS.**

El(Los) Asegurado(s) deberá(n) otorgar su consentimiento por escrito al Contratante antes o en el momento de la firma del contrato de crédito que celebre(n) con éste, para que en su defecto, contrate por su cuenta el seguro respectivo, quedando automáticamente asegurado desde el momento en que se efectúe la operación de crédito por la que resulte deudor, siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad a que se refiere la presente póliza.

La Compañía podrá no conceder el seguro por nuevos créditos otorgados por el Contratante, informándole por escrito con treinta días de anticipación.

**COLECTIVIDAD ASEGURADA.**

La compañía pagará al beneficiario preferente e irrevocable hasta la suma asegurada especificada en la póliza al verificarse la eventualidad prevista y en su caso contratada, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza y con el pago de las primas correspondientes, cuando el siniestro le ocurra a:

- Titulares de los créditos otorgados.
- Coacreditados y/o Deudores Solidarios que participen con ingresos en los créditos hipotecarios otorgados por el contratante.

**CLÁUSULA 6ª. REGISTRO DE ASEGURADOS.**

El contratante entregará a la Compañía una relación del registro de asegurados, a través de cualquier medio, la cual deberá contener cuando menos por crédito el nombre(s) del(os) participante(s), edad(es) o R.F.C. del(os) participante(s), fecha de otorgamiento del crédito, suma asegurada, importe de la prima y número de crédito.

**CLÁUSULA 7ª. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.**

El Contratante y los deudores que formen parte de la colectividad asegurada, estarán obligados a declarar por escrito a la Compañía, conforme a los cuestionarios que al efecto utilice y les proporcione la Compañía, todos los hechos importantes que se le pregunten y que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal y como los conozcan o deban conocerlos al 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, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

**CLÁUSULA 8ª. INDISPUTABILIDAD.**

Esta póliza será disputable cuando se trate de omisiones o inexactas declaraciones del asegurado a que se refiere la cláusula anterior, dentro de los dos primeros años de su vigencia, contados a partir de la fecha en que quedó asegurado.

La Compañía renuncia a los derechos para rescindir la presente póliza o los certificados individuales si el riesgo se describió antes de celebrarse el contrato, en el cuestionario médico que se utilizó para la contratación del seguro.

**CLÁUSULA 9ª. PRIMAS.**

El importe de la prima que debe cubrirse será igual a la suma de sumas aseguradas de acuerdo al reporte mensual que el Contratante entregue a la Compañía y de acuerdo con la especificación de la suma asegurada declarada en la póliza, multiplicado este saldo por la cuota mensual correspondiente de acuerdo al siguiente cuadro:

	<b>BASICA</b>	<b>PANI</b>
Acreditado	#.#####	#.#####
Acreditado, Coacreditado y/o Deudor Solidario	#.#####	#.#####

En caso de contratar el beneficio de Invalidez Total Temporal, el monto del pago a realizar a la Compañía será el resultado de multiplicar la cuota de #.##### por la suma de pagos mensuales realizados por el asegurado en cada crédito.

El Contratante será el responsable en los términos de la cláusula segunda que antecede ante la Compañía del entero de las cantidades de dinero que en concepto de primas reciba de la colectividad asegurada, por cada uno de los participantes.

Las primas convenidas deberán pagarse en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente.

**CLÁUSULA 10ª. MONEDA.**

Todas las entregas de dinero relativos a este contrato por parte del Contratante o de la Compañía, deberán efectuarse en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se realice el pago.

**CLÁUSULA 11ª. NOTIFICACIONES.**

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social. Las que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que de ella conozca.

**CLÁUSULA 12ª. SUICIDIO.**

En caso de muerte por suicidio del Asegurado ocurrido durante la vigencia de los dos primeros años en que éste haya ingresado a la póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado físico o mental del Deudor Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

**CLÁUSULA 13ª. BENEFICIARIOS.**

El Contratante es el beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, hasta saldo insoluto del crédito al momento de la reclamación. En virtud de que el objeto del seguro es el de garantizar el pago de la suma asegurada contratada al ser procedente el pago del seguro. Si existiera algún remanente serán aquellos nombrados ante la Compañía y en caso de no haberse nombrado será la Sucesión del asegurado.

**CLÁUSULA 14ª. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.**

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado y/o al beneficiario preferente e irrevocable toda clase de información y/o documentación que estén relacionados con el siniestro, que obre en su poder o que le sea posible legalmente obtener, sin demérito de que la Compañía pueda informarse y/o documentarse a través de sus investigadores.

**CLÁUSULA 15ª. PAGO DEL SEGURO.**

El importe del seguro se pagará al Contratante previa comprobación de la muerte o invalidez total y permanente y de los ingresos que menciona esta póliza, si los beneficios adicionales fueron contratados.

La Compañía estará obligada a pagar el importe del seguro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido toda la información y/o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

**CLÁUSULA 16ª. INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido la información y/o documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la suma asegurada contratada, se obliga a pagar al beneficiario preferente e irrevocable, una indemnización por mora de conformidad a lo dispuesto por el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**CLÁUSULA 17ª. MODIFICACIONES.**

Cualquier modificación a esta póliza se realizará por escrito mediante los endosos correspondientes que de común acuerdo convengan la Compañía y el Contratante.

**CLÁUSULA 18ª. COMPETENCIA.**

En caso de controversia, las partes, podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, a su elección podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción a la que corresponda el domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

**CLÁUSULA 19ª. PRESCRIPCIÓN.**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados 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 o por la iniciación del procedimiento señalado en la cláusula de competencia.

**CLÁUSULA 20ª. RESTRICCIONES.**

Este contrato de seguro solamente estará sujeto a las restricciones establecidas expresamente en el contenido de la presente póliza.

**CLÁUSULA 21ª. EDAD.**

La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar a la Compañía. Una vez que el Asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en el certificado respectivo y ya no podrá exigir nuevamente su comprobación o nuevas pruebas.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos al momento de formar parte de la colectividad asegurada.

Solamente pueden ser aseguradas para la cobertura de fallecimiento, las personas cuya edad se encuentre dentro de los límites fijados en la carátula de la póliza. En caso de no mencionarse en dicha carátula el límite mínimo es de 18 (dieciocho) años y el máximo de 99 (noventa y nueve) años.

Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CLÁUSULA 22ª. PROCEDIMIENTO BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo el certificado individual para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en el certificado individual, como lo previene el artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato de Seguro y la entregue a otras.

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 deben 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 hiciere de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de estos, legalmente puede implicar que se nombre 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.

**CLÁUSULA 23ª. INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE A LA COMPAÑÍA.**

Para la buena administración de la póliza, el Contratante tendrá la obligación de proporcionar con la periodicidad que se señala en la carátula de la póliza, o en su defecto mensualmente, la información relativa a los nuevos deudores que se aseguran, deudores en mora, pagos mensuales de los créditos y sumas aseguradas, así como las personas que dejaron de estar aseguradas.

El Contratante dará facilidades a la Compañía para revisar los registros contables de los créditos amparados por esta póliza, con las limitaciones y restricciones previstas por la Ley.

**CLÁUSULA 24ª. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.**

Los miembros que ingresen a la colectividad asegurada quedarán asegurados, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad a que se refiere la presente póliza, hasta el máximo de la suma asegurada en Moneda Nacional.

**CLÁUSULA 25ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO RESPECTO A CADA DEUDOR ASEGURADO.**

La responsabilidad de la Compañía respecto a cada asegurado cesará cuando:

- a) Se haya pagado el crédito hipotecario.
- b) Se haya traspasado el crédito hipotecario con el consentimiento expreso del Contratante. En éstos casos, el deudor sustituido dejará de estar asegurado y el deudor sustituto podrá ingresar a la colectividad asegurada cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.
- c) Por falta de pago de primas respecto de algún Asegurado en términos de Ley.

**CLÁUSULA 26ª. REHABILITACIÓN.**

En caso de que por falta de pago de primas, el contrato o los certificados emitidos durante su vigencia, cesaran sus efectos, el Asegurado podrá ingresar nuevamente a la colectividad asegurada, poniéndose al corriente en el pago de sus primas.

**CLÁUSULA 27ª. RIESGOS CUBIERTOS.**

- a) Muerte:** Si la misma ocurre dentro de la vigencia del crédito y de la presente póliza; la indemnización que corresponde será la suma asegurada, calculada o determinada de acuerdo con la regla estipulada en la carátula de la póliza.

Las indemnizaciones derivadas del contrato de seguro le serán liquidadas al Contratante, el cual deberá de aplicar el importe total de la indemnización, al pago del saldo insoluto del crédito. Si existiere algún remanente entre la suma asegurada convenida y el saldo insoluto a la reclamación del siniestro, este remanente será entregado:

- 1.- Al deudor hipotecario en caso de que este sobreviva.
- 2.- En caso de muerte del deudor hipotecario, al segundo titular si existe, o en su defecto al tercer titular del seguro, los cuales se considerarán beneficiarios para tal efecto.
- 3.- En caso de muerte de los tres titulares del seguro, a los beneficiarios previamente designado por el titular.

- b) Invalidez Total y Permanente:** Si la misma sobreviene desde el momento de la firma del contrato del crédito hipotecario y hasta un día antes de que los asegurados cumplan 75 años. En este caso la indemnización será igual al 100% del saldo insoluto del crédito. Esta cobertura se otorga únicamente al titular del seguro.

- c) Invalidez Total Temporal:** Este beneficio debe ser contratado por el Contratante y operará si el mismo se establece en la carátula de la póliza con la leyenda BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL. El beneficio de Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad consistirá si a consecuencia de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo o del diagnóstico según corresponda sufriera un estado de Invalidez Total Temporal, la compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la renta mensual del crédito hasta por un periodo que no excederá del periodo máximo de cobertura especificado en la carátula o el certificado correspondiente, contados desde la fecha del accidente o del primer pago en caso de enfermedad, según corresponda.

Esta cobertura se otorgará por el plazo estipulado en la póliza, en caso de no estipularse el periodo de cobertura, este será de 6 meses transcurrido el periodo de espera y de carencia correspondiente.

- d) Desempleo:** Este beneficio debe ser contratado por el Contratante y operará si el mismo se establece en la carátula de la póliza con la leyenda BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO. El objeto del presente beneficio es cubrir las amortizaciones a cargo del asegurado del crédito hipotecario otorgado por el contratante, hasta el monto y periodo máximo que se estipula en el certificado individual.

Cuando el Asegurado deja de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados bajo un Contrato definitivo, por causas ajenas y externas a su voluntad y durante el período de vigencia del presente seguro, dejando por lo tanto de percibir contraprestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado, por lo que la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el período máximo estipulado en la carátula o el certificado de la póliza para este beneficio.

Las personas cubiertas bajo este seguro no podrán disfrutar al mismo tiempo del Beneficio por Desempleo y el de Invalidez Total Temporal ya que la aplicación de una cobertura excluye a la otra según la condición laboral del Asegurado y de acuerdo a la cláusula de elegibilidad que corresponda a cada beneficio.

## **BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

### **CLÁUSULA 28ª. VIGENCIA.**

Este beneficio estará vigente hasta un día antes en que el deudor Asegurado cumpla la edad de 75 años. Este beneficio opera únicamente si en la carátula de la póliza se estableció la leyenda de BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

### **CLÁUSULA 29ª. INVALIDEZ. INVALIDEZ.**

Para efectos de este beneficio, se considera "Invalidez Total y Permanente", cuando el deudor asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca alguna enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con los conocimientos, aptitudes y posición social, y cuando se presuma que la imposibilidad sea de carácter permanente, siempre y cuando dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses.

El Deudor Asegurado deberá acreditar a la Compañía su estado de invalidez.

También se considerará Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, de las dos manos incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas) o de los dos pies incluyendo la anquilosis de las mismas (ambas), o la pérdida conjunta de una mano completa y un pie, o una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no operará el período de espera.

Se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

Para efectos de este contrato se considerará que existe invalidez cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos que son mínimo 18 años y máximo hasta un día antes en que el deudor asegurado

cumpla 75 años. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

La naturaleza del beneficio de invalidez total y permanente, consistirá en proteger los ingresos que normalmente y por producto de su trabajo percibe el Asegurado, en caso de que estos se reduzcan o dejen de percibirse. Por lo anterior este beneficio no opera si el Asegurado no tiene un decremento en sus ingresos o deja de percibirlos.

El Asegurado deberá acreditar ante la Compañía su estado de invalidez.

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

#### **CLÁUSULA 30ª. BENEFICIO.**

La Compañía conviene en pagar al beneficiario irrevocable la suma asegurada pactada, cuando el Asegurado haya quedado invalidado total y permanentemente, después de transcurrir el período de espera de seis meses, contados a partir de que haya quedado comprobado su estado de invalidez.

Cuando la invalidez sea a consecuencia de cualquiera de las pérdidas orgánicas mencionadas anteriormente, el pago de la suma asegurada contratada será de inmediato. La Compañía podrá pagar la suma asegurada contratada en un plazo menor a 3 meses si, si de los elementos aportados se determina que el estado de invalidez total y permanente del asegurado es irreversible.

#### **CLÁUSULA 31ª. PRUEBAS.**

Para que la Compañía conceda el beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en el certificado.

## **EXCLUSIONES**

**Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:**

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio deudor Asegurado.**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos cometidos por el propio deudor Asegurado.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de Compañía comercial autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el deudor Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si es ocasional o amateur.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) Padecimientos preexistentes, son aquellos:**
  - I) Cuyos síntomas y/o signos que se hayan manifestado y documentado con anterioridad a la fecha efectiva de la póliza para cada Asegurado. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico haya determinado la preexistencia mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto, previo a la celebración del contrato.**

**II) Padecimientos con diagnóstico médico previo a la fecha efectiva**

### III) Padecimientos que antes de la fecha efectiva de la póliza provocaron un gasto.

#### i) Radiaciones atómicas, nucleares y derivadas de éstas.

j) Accidentes o Lesiones que sufra el deudor Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas que no hayan sido prescritas por un médico, siempre que estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo.

k) Enfermedades o padecimientos que se presenten como consecuencia directa del consumo de alcohol, drogas, enervantes o estupefacientes.

### BENEFICIO DE POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL.

#### CLÁUSULA 32ª. INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Si como consecuencia de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo o del diagnóstico según corresponda sufriera un estado de invalidez Total Temporal, la compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la renta mensual del crédito hipotecario hasta por un período que no excederá del período máximo de cobertura especificado en la carátula o el certificado correspondiente, contados desde la fecha del accidente o del primer pago en caso de enfermedad, según corresponda.

Este beneficio debe ser contratado por el Contratante y operará si el mismo se establece en la carátula de la póliza con la leyenda BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL.

#### CLÁUSULA 33ª. Elegibilidad.

Son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad las personas que a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza sean trabajadores, comerciantes ó profesionistas, que laboren en forma independiente y perciban un ingreso por dicho trabajo independiente ( Autoempleados ).

#### CLÁUSULA 34ª. Período de Carencia de Beneficios por Invalidez Total Temporal por Enfermedad.

Es el periodo de dos meses, en el cual la persona que contrato este beneficio no estará cubierta y comienza a correr partir de la fecha de inicio de vigencia de este beneficio establecidos en la carátula de la póliza o certificado respectivo

#### CLÁUSULA 35ª. Período de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Invalidez Total Temporal por Enfermedad (Deducible de Invalidez por Enfermedad).

Se define como el período de 30 días posterior inmediato a la Invalidez Total Temporal por Enfermedad para que comience el beneficio estipulado en la carátula de la póliza, y hasta el período máximo de beneficio estipulado.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

En caso de que se agote el período máximo de beneficio estipulado en esta póliza, y en caso que en la carátula o certificado de póliza este estipulado que la cobertura contratada contempla reinstalaciones, deberán transcurrir doce meses a partir del último mes de beneficio pagado para que el mismo quede reinstalado siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

#### CLÁUSULA 36ª. DEFINICIONES PARA LA COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Para los efectos de esta Póliza, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado.

**Accidente cubierto:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, a consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se consideran accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.

**Enfermedad cubierta:** Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

**Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad:** Es la Invalidez Total Temporal que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto o de una Enfermedad cubierta que lo inhabilita temporalmente para el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio por prescripción de un médico.

**Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea familiar del Asegurado.

**Hospital:** Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

#### Padecimiento Preexistente:

Son aquellos

a) Cuyos síntomas y/o signos que se hayan manifestado y documentado con anterioridad a la fecha efectiva de la póliza para cada Asegurado. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar

desapercibidos, será el que un médico haya determinado la preexistencia mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto, previo a la celebración del contrato.

- b) Padecimientos con diagnóstico médico previo a la fecha efectiva
- c) Padecimientos que antes de la fecha efectiva de la póliza provocaron un gasto.

## **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL.**

**Esta cobertura no ampara:**

### **1. Accidentes por participar en:**

**1.1 Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**

**1.2 Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**

**1.3 Lesiones autoinflingidas por parte del Asegurado.**

**2. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participar en actividades como:**

**2.1 Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**

**2.2 Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

**2.3 Conductor o pasajero de motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**

**2.4 Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la practica profesional de cualquier deporte.**

**3. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

**4. Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.**

**5. Se excluye a las personas que sean empleados por contrato definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un patrón.**

**6. Padecimientos preexistentes.**

**En caso de renovación de la póliza, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia de la póliza por primera vez con la Compañía o la fecha de la última rehabilitación.**

## **BENEFICIO DE DESEMPLEO**

### **CLÁUSULA 37ª. VIGENCIA. BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO DE LAS PÓLIZAS DE CRÉDITOS HIPOTECARIOS.**

El objeto del presente beneficio es cubrir las amortizaciones a cargo del asegurado del crédito hipotecario otorgado por el contratante, hasta el monto y periodo máximo que se estipula en el certificado individual.

Quando el Asegurado deja de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados bajo un Contrato definitivo, por causas ajenas y externas a su voluntad y durante el periodo de vigencia del presente seguro, dejando por lo tanto de percibir contraprestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado, por lo que la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el periodo máximo estipulado en la carátula o el certificado de la póliza para este beneficio.

Este beneficio debe ser contratado por el Contratante y operará si el mismo se establece en la carátula de la póliza con la leyenda BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO.

### **CLÁUSULA 38ª. ELEGIBILIDAD**

Sólo son elegibles para la cobertura de Desempleo las personas que a la fecha de ocurrencia del desempleo:

- a) Estén empleados por Contrato por tiempo indeterminado y con carácter de definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un Patrón;
- b) Trabajen para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes; y
- c) Hayan trabajado ininterrumpidamente al menos los 12 meses inmediatos anteriores.

Estos requisitos deben cumplirse los tres en su conjunto, no es válido uno o algunos de ellos.

En caso de que durante la vigencia de la cobertura del certificado individual, el Asegurado cambie su carácter de Empleado por el de Autoempleado, le dejará de ser aplicable la Cobertura de Desempleo y le será aplicable la Cobertura por Invalidez Total Temporal, siempre y cuando cumpla con la elegibilidad correspondiente para la cobertura de Invalidez Total Temporal.

**CLÁUSULA 39ª. PERÍODO DE CARENCIA DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO**

Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia del certificado individual y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El período de carencia de beneficios por desempleo es de 60 días.

Este período deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al seguro o se contrate este beneficio

**CLÁUSULA 40ª. PERÍODO DE ESPERA PARA QUE COMIENZE LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA RESPECTO AL BENEFICIO ADICIONAL POR DESEMPLEO (DEDUCIBLE POR DESEMPLEO)**

Se define como el período de 30 (treinta) días posterior inmediato a la pérdida del empleo para que comience el beneficio estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, y hasta el período máximo de beneficio estipulado.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

**CLÁUSULA 41ª. COMPROBACIÓN DEL DESEMPLEO.**

Para presentar la reclamación del pago de la indemnización mensual por desempleo, la Compañía solicitará la información y documentación siguiente:

- El aviso a la Compañía de manera inmediata de la pérdida involuntaria del empleo.
- Presentar los documentos que demuestren el desempleo involuntario, en los que se contemple la explicación de los motivos que originaron el mismo.

**CLÁUSULA 42ª. INDEMNIZACIÓN**

Si el Asegurado queda desempleado por causas ajenas a su voluntad durante la vigencia de esta Póliza y/o certificado y permanece así por un periodo que exceda el deducible o periodo de espera, la Compañía pagará al contratante la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por mes que el Asegurado permanezca desempleado, hasta por el periodo máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza o certificado correspondiente.

La responsabilidad de la Compañía termina una vez que se agote el periodo máximo de la cobertura contratada, para este beneficio o una vez que el Asegurado vuelva a tener un empleo, lo que ocurra primero.

**CLÁUSULA 43ª. DEFINICIONES PARA LA COBERTURA POR DESEMPLEO**

**Desempleo Involuntario:** Significa que el Asegurado sea despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad

## **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO**

**Esta cobertura no ampara:**

- a) Desempleo del Asegurado que se inicie antes o dentro del período de Carencia de Beneficios por Desempleo.**
- b) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- c) Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado, o en el caso de abandono de la fuente de trabajo.**
- d) Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude, conflicto de intereses, rehusarse a realizar las labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al Contrato Laboral o la omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme al Contrato Laboral; o conducta delictiva por parte del Asegurado.**
- e) Incidente nuclear.**
- f) Participar en paros, disputas laborales o huelgas.**
- g) Cuando el contrato se extinga como consecuencia de programas anunciados (recorte de personal) por la parte patronal, previo a la fecha de contratación del seguro por parte del asegurado.**

- h) Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la Fecha de inicio de la vigencia del certificado.**
- i) Terminación de un Contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.**
- j) Enfermedad o Lesión del Asegurado.**
- k) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el Patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones de la Ley Federal del trabajo.**
- l) Se excluyen a las personas que sean trabajadores, comerciantes ó profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (Autoempleados); o se encuentren recibiendo alguna indemnización por la cobertura de Invalidez Total Temporal.**
- m) Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o reinstalación correspondiera al trabajador.**
- n) Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.**
- o) Si el Asegurado, o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad, fuera el patrón o administrador de la empresa en dónde éste presta sus servicios laborales subordinados y/o si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de Administración de la Sociedad.**
- p) Cuando se produzca la reinstalación de la fuente de trabajo y se paguen salarios caídos.**
- q) Si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, previa experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.**
- r) Si el Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del patrón. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.**
- s) Los trabajadores temporales y fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.**
- t) Se excluyen los montos de intereses moratorios y pagos que no correspondan a la fecha de desempleo.**
- u) Los contratos de prestación de servicios profesionales o personas que reciban ingresos a través de honorarios.**

En caso de renovación del certificado, la fecha que se tomará para la aplicación de las exclusiones será aquella con la que inició la vigencia del certificado por primera vez con la Compañía.

**CLÁUSULA 44ª. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD / CUESTIONARIOS MEDICOS.**

Todos los solicitantes de créditos, deberán requisitar el cuestionario médico.

Todos los cuestionarios médicos serán enviados por el Contratante a la Compañía, para su guarda y custodia. Todos los cuestionarios médicos que tengan una respuesta afirmativa cualquiera que sea el monto del crédito y todos aquellos cuestionarios cuyo monto de contratación del crédito sea mayor de 2'000,000 M.N. serán sujetos de aceptación por parte de la Compañía bajo el siguiente procedimiento:

Monto del crédito Solicitado	Afirmación de algunas de las preguntas	Envío a valoración con la Compañía
Menor a \$ _____	NO	NO
Menor a \$ _____	SI	SI
Más de \$ _____	SI/NO	SI

En caso de siniestro de una persona que hubiere requisitado el cuestionario médico, con al menos una respuesta afirmativa, el contratante deberá enviar a la Compañía la carta de aceptación del riesgo, expedida por la Compañía para la procedencia del pago de la suma asegurada.

**CLÁUSULA 45ª. DIVIDENDOS**

Experiencia Global

La Utilidad Repartible (UR) será la Prima Neta Básica menos los Siniestros Ocurridos, menos el Costo de Reaseguro más los Siniestros Recuperados de Reaseguro, más la Participación de Utilidades del Reasegurador.

El Dividendo será un porcentaje de la UR, siendo como mínimo el 50%.

Se determinarán dividendos de acuerdo a los resultados que la Compañía obtenga en la cartera de pólizas de experiencia global en este tipo de seguros, acreditándose mensualmente éstos.

La colectividad deberá estar formada con un mínimo de 50 asegurados.

La acreditación de los dividendos será mensual y la periodicidad de entrega de los mismos podrá ser como máximo mensual.

#### **Experiencia Individual**

Se determinarán dividendos de acuerdo a la experiencia en siniestralidad de cada colectividad, de acuerdo a lo siguiente:

El Dividendo será un porcentaje de la UR, siendo como mínimo el 50%.

La colectividad deberá estar formada con un mínimo de 500 asegurados, y una prima anual mayor o igual a 80 veces el Salario Mínimo Mensual en el Distrito Federal (S.M.M.) a la fecha de expedición o renovación de la póliza.

La acreditación de los dividendos será mensual y la periodicidad de entrega de los mismos podrá ser como máximo mensual.

#### **CLÁUSULA 46ª. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA**

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución 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.

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 en 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-S0050-0225-2009 de fecha 25 de marzo de 2009.