

Al verificarse la eventualidad amparada por la cobertura que se indica en la carátula de la póliza, Seguros Banamex S.A de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

DEFINICIONES

Contratante.	Es aquella persona que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas. El Contratante se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el Contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el artículo 159 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.
Asegurado.	Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza y se encuentra amparado bajo el presente contrato.
Beneficiario.	Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.
Vigencia.	Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula de la póliza y continúa durante el plazo de seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de su vencimiento.
Objeto.	<p>El objeto del presente contrato es el pago de la suma asegurada contratada cuando ocurra alguno de los eventos amparados en la póliza.</p> <p>Este seguro cuenta con tres coberturas :</p> <ul style="list-style-type: none">a) Fallecimientob) Desempleo Involuntarioc) Invalidez total temporal <p>Las coberturas de Desempleo Involuntario e Invalidez son excluyentes por lo que en caso de siniestro la compañía pagará la suma asegurada correspondiente, únicamente por uno de los beneficios.</p> <p>La suma asegurada se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, en los términos y condiciones estipuladas en el presente Contrato, siempre y cuando la muerte ocurra mientras la póliza se encuentre en vigor y la Compañía reciba las pruebas del siniestro.</p> <p>Las coberturas contratadas aparecerán en la carátula de la póliza y el pago de la prima se realizará de manera conjunta a las coberturas contratadas.</p>
Colegiatura.	Es la cantidad mensual que la Compañía indemnizará a la institución educativa de acuerdo a lo establecido en el certificado o carátula de la póliza.

CONDICIONES GENERALES

Beneficio de Fallecimiento

Beneficio por Fallecimiento.	En caso de fallecimiento de la persona asegurada, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para este beneficio, en los términos, condiciones y exclusiones estipuladas en el presente contrato, siempre y cuando la muerte ocurra mientras la póliza se encuentre en vigor y la compañía reciba las pruebas de fallecimiento del Asegurado.
Pago del Seguro.	El importe de la suma asegurada se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado. La Compañía tendrá derecho de deducir cualquier adeudo de prima de la suma asegurada. La suma asegurada por muerte se pagará a los beneficiarios en una sola exhibición, en los medios de pago establecidos en la carátula de la póliza. La Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que esta haya recibido los documentos e informaciones completos que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Contenido de la póliza.	<p>(Art. 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".</p> <p>Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.</p>

- Plazo del Seguro.** El plazo del presente Contrato será por períodos de un año y no se renovará de manera automática, salvo lo establecido en el apartado de “Cancelación”.
- Primas.** El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza.
- La prima será anual y se podrá fraccionar la misma en pagos mensuales, trimestrales o semestrales.
- El importe podrá pagarse a la Compañía, desde el primer día de su vencimiento.
- Vencimiento.** La primera parcialidad de la prima vence al momento de la celebración del Contrato y cada una de las fracciones posteriores se entenderá vencida al comienzo de cada periodo mensual.
- Cobro de Prima.** El cobro de la prima se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la cuenta señalada por el asegurado.
- En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de débito; fondos insuficientes; cambio en el número de su tarjeta de débito; o cualquier situación similar.
- El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.
- La Compañía tendrá derecho a modificar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.
- Periodo de Gracia.** El Asegurado gozará de un período de espera de 30 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de la(s) fracción(es) convenida(s) y vencida(s). Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro del periodo mencionado los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.
- En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y no hubiere sido pagada la prima, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la Suma Asegurada debida al Beneficiario y/o a deducir de la cantidad correspondiente a la suma asegurada, el monto de prima adeudado..**
- Los efectos del Contrato cesarán automáticamente al término de dicho período en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.
- Prescripción.** Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.
- La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.
- Modificaciones y Notificaciones.** Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.
- 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.
- Entrega de Póliza** La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro

- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto
- 3.- Vía electrónica

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 1226 81 00 en el D.F., o al 01 800 888 3676 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.segurosbanamex.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 1226 81 00 en el D.F., o al 01 800 888 3676 para el resto de la República.

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.

Moneda. Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia de este Contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental y físico del Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Límites de Edad. Los límites de contratación fijados por la Compañía para este producto son 18 (dieciocho) años como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

Ajuste por Edad. Para los efectos de este contrato se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de alta o renovación del Seguro.

Si la edad verdadera del Asegurado difiere de la edad declarada, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía se aplicarán las reglas siguientes:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima mínima 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 declaración 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 real.

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta 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 cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Cuando la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía, el 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.

PROCEDIMIENTOS

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.

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 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 beneficio derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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 hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, 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.

El beneficiario irrevocable para la cobertura de Desempleo Involuntario o Invalidez Total Temporal será la institución educativa la cual se hará constar en la carátula de la póliza, siempre que no exista restricción legal alguna. El asegurado, de acuerdo con lo anterior renuncia expresamente en términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro al derecho de revocar la designación de beneficiarios solo en la cobertura de Desempleo Involuntario e Invalidez Total Temporal.

Indemnización por mora.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Cancelación.

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya iniciado la vigencia de la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

2. Automática:

- Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de contratación de la póliza, que son 65 años.

3. Si el asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que la totalidad de las sumas aseguradas inicialmente contratadas rebasen la cantidad de 3 millones de pesos, la Compañía dará por terminados uno o más de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente que excedan dicho límite, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas sumas aseguradas en conjunto no rebasen la cantidad de 3 millones de pesos. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

Renovación.

La cobertura contratada que aparece indicada en la carátula de póliza, no se renovará automáticamente al término de cada anualidad. Esta cobertura estará vigente mediante la obligación del pago de las primas. El límite de edad para la renovación de esta póliza serán 65 años.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE VIDA

Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza, si éstos se producen directamente por alguna de las siguientes enfermedades que la persona asegurada haya sufrido, cuyos síntomas o signos se hubieran manifestado antes de la celebración del presente contrato por haber sido aparentes a la vista o por los cuales se haya realizado previamente un diagnóstico o por algún gasto realizado para el tratamiento de los mismos:

- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o fuere seropositivo al Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).
- Insuficiencia renal crónica.
- Hipertensión arterial.
- Enfisema pulmonar, bronquitis crónica.
- Infarto.
- Angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardiacas o bypass coronario.
- Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales.
- Cualquier tipo de diabetes.
- Cáncer de cualquier tipo y estadio, leucemia, hemofilia.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerosis múltiple.
- Transplante cardiaco, hepático y/ o renal.
- Toxicomanías, uso de drogas no recetadas por un médico.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedades hepáticas crónicas. Pancreatitis.
- Obesidad mórbida.

Este contrato no cubre los riesgos amparados en la póliza si se producen por participar directamente en las siguientes actividades u ocupaciones:

- Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego.
- Manejo de materiales radioactivos y/o químicos de alto riesgo.
- Manejo de alto voltaje o trabajo en plataformas marinas.
- La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el asegurado, o riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador.
- Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Práctica de los siguientes deportes de manera amateur o profesional: Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, tauromaquia, motociclismo (en competencia), espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo.
- Salto de "Bongie".
- Aviación privada .

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

Si los riesgos amparados se originan por una causa diferente a las exclusiones enumeradas con anterioridad, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente.

BENEFICIOS ADICIONALES

Beneficio de Desempleo Involuntario

Cláusulas adicionales aplicables a las pólizas con el beneficio de Desempleo ó Invalidez Total y Temporal, según consta en la carátula del certificado o póliza.

Este beneficio se contrata mediante la obligación de pago de prima adicional correspondiente según consta en la carátula del certificado o póliza.

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.

Seguro de Desempleo.

El objeto del presente beneficio es al ocurrir el desempleo de la persona asegurada, cubrir la colegiatura que el asegurado tenga que pagar por uno de sus hijos que estudie en el colegio del beneficiario preferente e irrevocable de esta cobertura, hasta el monto y periodo máximo que se estipula en el certificado individual o carátula de la póliza.

Si el asegurado tiene más hijos estudiando en el mismo colegio, éste deberá adquirir con la Compañía las pólizas que sean necesarias para cubrir la totalidad de colegiaturas que amparen a sus hijos.

Cuando el Asegurado deja de laborar en la empresa en la que presta sus servicios personales y subordinados bajo un Contrato por tiempo indeterminado, 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, la Compañía pagará la indemnización contratada hasta por el plazo de tiempo estipulado en la carátula o el certificado individual o carátula de la póliza para este beneficio.

El límite máximo de responsabilidad de la compañía será el pago de seis colegiaturas por el monto cada una de ellas indicados en la caratula de póliza.

Elegibilidad.

Sólo son elegibles para la cobertura de Desempleo las personas que:

- A la fecha de ocurrencia del desempleo, se encuentren empleados bajo un Contrato por Tiempo Indeterminado y con carácter de definitivo y presten un trabajo personal y subordinado a un Patrón;
- A la fecha de ocurrencia del desempleo, trabajen para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes (excepto empleados de gobierno); y
- Hayan trabajado ininterrumpidamente al menos los 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de ocurrencia del desempleo.

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 de la carátula de la póliza, 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.

Esta cobertura es excluye de la cobertura de Invalidez Total Temporal por accidentes o enfermedad.

Periodo de Carencia de Beneficios por Desempleo.

Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la carátula de la póliza y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El periodo de carencia de beneficios por desempleo es de 30 días.

Periodo de Espera para que comience la Obligación de la Compañía por Desempleo (Deducible por Desempleo).

Se define como el período de 30 días posterior inmediato a la pérdida del empleo para que comience el beneficio estipulado en la carátula de la póliza, y hasta el periodo máximo de beneficio estipulado.

Este beneficio no es retroactivo.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

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, los que en forma enunciativa, mas no limitativa son los siguientes:

1. Forma de reclamación de la Aseguradora debidamente requisitada y firmada.

2. Copia de identificación oficial vigente del Asegurado. Para tales efectos, se considerarán como identificación oficial cualquiera de los siguientes documentos: pasaporte, credencial de elector, cédula profesional, cartilla del servicio militar.

3. Original del último recibo de pago de la colegiatura, en el cual se identifique el cargo mensual del seguro.
4. Copia u Original del certificado de seguro emitido por la Aseguradora.
5. Copia del finiquito por la terminación de la relación laboral en la que aparezcan las cantidades recibidas por el Asegurado por prestaciones y demás percepciones.
6. Copia de la baja del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ("INFONAVIT"); y cualesquiera otras instituciones a la cual se haya encontrado afiliado el Asegurado.
7. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el Asegurado no esté de acuerdo con esta resolución, el Asegurado podrá presentar a la Aseguradora copia de la demanda laboral, en la que conste el sello de recibido por la autoridad correspondiente.
8. Copia de los recibos de nómina correspondientes a los tres meses inmediatos anteriores al desempleo, que deberán de haber sido emitidos por la misma Empresa. La Empresa deberá de coincidir con aquella que notifica la baja ante la Institución de Salud de acuerdo al punto 6 anterior.

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 período que exceda el deducible o período de espera, la Compañía pagará al beneficiario la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por cada plazo de tiempo estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado que el Asegurado permanezca desempleado, hasta por el período 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 que son seis meses o una vez que el Asegurado vuelva a tener un empleo, lo que ocurra primero.

Para el caso de que sea procedente el pago de este beneficio y la suma asegurada se agote, deberán transcurrir por lo menos seis meses a partir del último mes de pago realizado por la Compañía al asegurado, para que el mismo quede reinstalado, con la salvedad de que el certificado o póliza debe encontrarse vigente y el desempleo que se reclame sea por una causa diferente a la que se haya pagado.

La indemnización se considerará liquidada cuando termine el desempleo, o hasta 6 pagos.

No aplica la reinstalación de la suma asegurada para este beneficio. La responsabilidad máxima de la Compañía será hasta por 6 pagos.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE DESEMPLEO

Esta cobertura no ampara:

- **Desempleo del Asegurado que se inicie antes o dentro del período de Carencia de Beneficios por Desempleo.**
- **Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- **Renuncia, abandono o pérdida voluntaria de la fuente de trabajo del Asegurado.**
- **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.**
- **Incidente nuclear.**
- **Para efectos de esta póliza no se considera desempleo Involuntario, la suspensión de la relación laboral del asegurado (lo que ésta dure), originadas por paros, disputas laborales o huelgas.**
- **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.**
- **Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la Fecha de inicio de la vigencia del certificado o carátula de la póliza.**

- Terminación de un Contrato de trabajo de obra o tiempo determinado.
- No se considera desempleo la incapacidad que sufra el asegurado por Enfermedad o Lesión.
- 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.
- Reclamaciones presentadas por personas que sean trabajadores, comerciantes ó profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (Autoempleados).
- Invalidez Total, Total Temporal o Temporal del Asegurado.
- Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o reinstalación correspondiera al trabajador.
- Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente precedente.
- 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 ya sea con o sin presencia o representación directa en los órganos de Administración de la Sociedad.
- Cuando se produzca la reinstalación de la fuente de trabajo y se paguen salarios caídos.
- 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.
- 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.
- Los trabajadores temporales y fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- Los trabajadores de gobierno que se encuentren inhabilitados ya sea de manera temporal o permanente, así como aquellos que se encuentren suspendidos de sus funciones mientras no se determine su situación laboral.

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

Beneficio Adicional de Invalidez Total Temporal.

Invalidez Total Temporal por Accidente o Enfermedad.

El objeto del presente beneficio es al ocurrir la invalidez total temporal de la persona asegurada, cubrir la colegiatura que el asegurado tenga que pagar por uno de sus hijos que estudie en el colegio del beneficiario preferente e irrevocable de esta cobertura, hasta el monto y periodo máximo que se estipula en el certificado individual o carátula de la póliza.

Si el asegurado tiene más hijos estudiando en el mismo colegio, éste deberá adquirir con la Compañía las pólizas que sean necesarias para cubrir la totalidad de colegiaturas que amparen a sus hijos.

Se entiende por Invalidez Total Temporal aquella que sufra el Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta que le imposibilite el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico.

Por otro lado sí 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 indemnización mensual de esta cobertura por un período que no excederá del período máximo de cobertura que es de seis meses y el cual se especifica en la carátula de la póliza o el certificado correspondiente, contados desde la fecha del accidente o del primer pago en caso de enfermedad, según corresponda.

Elegibilidad.

Son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por accidente o enfermedad las personas que a la fecha de ocurrencia de la invalidez sean trabajadores sin contrato por tiempo indeterminado o definitivo, comerciantes ó profesionistas, que laboren en forma independiente y perciban un ingreso fiscalmente comprobable derivado de dicha actividad. (Autoempleados).

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

Esta cobertura es excluyente de la cobertura de Desempleo Involuntario

Periodo de Carencia de Beneficios por Invalidez Total Temporal por Enfermedad.

Se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia del certificado o póliza individual y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado. El período de carencia del beneficio por Invalidez Total Temporal es de 30 días.

Este periodo no aplica en caso de Invalidez Total Temporal por Accidente

Periodo 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 beneficio no es retroactivo.

Este periodo aplica una vez cumplido el periodo de carencia.

No aplica en caso de Invalidez Total Temporal por Accidente

Comprobación del estado de Invalidez Total Temporal.

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

- Dar aviso a la Compañía de manera inmediata del estado de Invalidez Total Temporal.
- Presentar los documentos que solicite la Compañía para demostrar el estado de Invalidez Total Temporal, y que contemple la explicación de los motivos que originaron el estado de Invalidez Total Temporal.

Indemnización.

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total Temporal durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un período que exceda el deducible o período de espera, la Compañía pagará al beneficiario la indemnización especificada en la carátula de la póliza y/o certificado, por cada plazo de tiempo estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado que el Asegurado permanezca en un estado de Invalidez Total Temporal, hasta por el período máximo de beneficio especificado en la carátula de póliza que es de 6 meses o certificado correspondiente.

La responsabilidad de la Compañía termina una vez que se agote el periodo máximo de la cobertura que es de 6 meses, para este beneficio o una vez que el Asegurado deje de estar en un estado de Invalidez Total Temporal, lo que ocurra primero.

En caso de que se agote el período máximo de beneficio estipulado en el certificado o carátula de la póliza correspondiente deberán transcurrir, para que quede reinstalado los periodos siguientes:

- En Reclamo de Invalidez por siniestros derivados de diferente causa. Un plazo de 1 mes para Invalidez Total Temporal generada por una causa distinta a la del siniestro anterior, contado a partir de la fecha en que la Compañía hubiese cubierto el último pago.
- En Reclamo de Invalidez después de haber reclamado Desempleo. El plazo entre los siniestros será de 6 meses contados a partir de la fecha en la Compañía hubiese cubierto el último pago
- En Reclamo de Invalidez por siniestros derivados de una misma causa, o sus extensiones. Sólo se paga hasta por el plazo máximo de beneficio estipulado en el certificado o carátula de la póliza por un único periodo.

Adicionalmente a los periodos mencionados el certificado o carátula de la póliza deberá estar vigente.

La responsabilidad máxima de la Compañía en caso de reinstalación será hasta 6 pagos por evento. Para los efectos de esta Póliza, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado.

- Padecimiento Preexistente.**
- Con anterioridad a la celebración del contrato de seguro se haya declarado la existencia de la enfermedad o padecimiento, mediante un diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o por medio de pruebas de laboratorio y/o gabinete y/o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o
 - Que previo a la celebración del contrato de seguro, se hayan realizado gastos, comprobables documentalmente y que dichos gastos hayan sido utilizados para recibir tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
 - Cuando la Compañía cuente con las pruebas documentales de que el asegurado haya realizado gastos para recibir un diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o padecimiento de que se trate, la Compañía tendrá el derecho de solicitar al asegurado los resultados y/o soporte del diagnóstico y/o tratamiento recibido y/o en su caso, el expediente médico o clínico, por lo que el asegurado estará obligado a entregarlos, para resolver la procedencia o no de su reclamación.

El reclamante podrá optar, en caso de que notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía por motivo de padecimientos preexistentes, en acudir ante un arbitraje independiente.. El trámite de arbitraje será gratuito para el asegurado. Dicho arbitraje puede ser propuesto ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por lo que las bases del mismo, en su caso, las fijará dicha autoridad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

Esta cobertura no ampara:

- 1. Servicio militar, o las lesiones producidas por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra, y los ocasionados como consecuencia de terrorismo, participando como sujeto activo del mismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.**
- 2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- 3. Lesiones auto inflingidas por parte del Asegurado, o que ocurran en estado de enajenación mental, sonambulismo, o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa.**
- 4. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participar en actividades como:**
 - **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.**
 - **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - **Conductor o pasajero de motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**
 - **Prácticas, ya sea profesional o eventualmente, de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.**
- 5. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 6. Las afecciones propias de embarazo, incluyendo parto, cesárea, o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.**

7. Como resultado de métodos o tratamientos para el control de la natalidad.

8. Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes.

9. Las lesiones producidas cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, cuando sean consecuencia de culpa grave del propio asegurado.

10. Padecimientos preexistentes.

11. Dolores de espalda, salvo que existan evidencias por medio de estudios médicos (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de Incapacidad Temporal.

12. Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aun cuando existan evidencias médicas.

13. Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo habiendo sido prescrito por un médico.

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

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

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-S0050-0643-2009 de fecha 19 de noviembre de 2009.