

SECCIÓN PRIMERA

DISPOSICIONES PARTICULARES

Al verificarse la eventualidad amparada por la cobertura que se indica en la carátula de la póliza, la Aseguradora 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.

- Cláusula 1ª. Coberturas.** La contratación de este seguro se realizará mediante paquetes de coberturas conformados por la cobertura básica de fallecimiento y por lo menos uno de los beneficios adicionales de Desempleo u Hospitalización.
- 1.1 Cobertura Básica Fallecimiento.** En caso de fallecimiento de la persona asegurada, la Aseguradora 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 éste se encuentre en vigor y la Aseguradora reciba las pruebas de fallecimiento del Asegurado..
- 1.2 Pago del Seguro.** El importe de la Suma Asegurada se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado.
- La Aseguradora 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 para el efecto.
- La Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ésta haya recibido los documentos e informaciones necesarios que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
- Cláusula 2ª. Definiciones.** Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:
- 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.
- Aseguradora.** Seguros Banamex, S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Banamex.
- Beneficiario.** Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada en la proporción especificada en la carátula de la Póliza.
- 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.
- Ley.** Se refiere a la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- Póliza y/o Contrato de Seguro.** Es el testimonio del contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante el cual se integra por la póliza, sus endosos, anexos, la solicitud del seguro y cualesquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud del Asegurado.
- Cláusula 3ª. Exclusiones.** **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:**

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

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

- q) Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego.
- r) Manejo de materiales radioactivos y/o químicos de alto riesgo.
- s) Manejo de alto voltaje o trabajo en plataformas marinas.
- t) 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.
- v) Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- w) 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.
- x) Salto de “Bongie”.
- y) 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 inició la vigencia de la póliza por primera vez con la Aseguradora o la fecha de la última rehabilitación

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

Cláusula 4ª. Edades de Aceptación. Las edades de aceptación mínima y máxima serán de 18 y 64 años respectivamente.

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.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando la Aseguradora compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Cláusula 5ª. Beneficiarios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Aseguradora, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Aseguradora 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.

Cláusula 6ª. Plazo y Renovación del Seguro.

Este seguro es por un año de plazo y el mismo será renovable al término de cada anualidad, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, salvo que la Aseguradora o el Asegurado manifiesten su deseo de no renovar dentro de los treinta (30) días naturales anteriores al término de la vigencia.

Si la póliza se renueva, el Asegurado deberá pagar la prima que corresponda.

El límite de edad para la renovación de esta póliza será hasta que el asegurado alcance la edad de 64 años, cancelándose al final del año póliza en que alcance la edad de 65 años.

- Cláusula 7ª. Cancelación del Seguro.**
1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Aseguradora. La terminación anticipada no eximirá a la Aseguradora 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 Aseguradora estará obligada a devolver la prima cobrada.

La terminación anticipada no eximirá a la Aseguradora del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora se obliga a devolver la prima que el Asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.
- Cláusula 8ª. 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 Aseguradora solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

SECCIÓN SEGUNDA

DISPOSICIONES GENERALES

- Cláusula 1ª. Prima.**
- El monto, periodicidad y plazo a pagar a la Aseguradora 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 Aseguradora, desde el primer día de su 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.
- Cláusula 2ª. Cobro del la Prima.**
- El cobro de la prima se realizará mediante cargos que efectuará la Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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.
- Cláusula 3ª. 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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.

Cláusula 4ª. Rehabilitación.

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 3ª. Período de Gracia de estas Disposiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del período de gracia señalado en dicha cláusula o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

La Aseguradora responderá por todos los Siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula 5ª. Modificaciones al Contrato.

Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Aseguradora y el Contratante y/o Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Aseguradora. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula 6ª. Aviso.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 días siguientes a su realización. El retraso para dar dicho aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Cláusula 7ª. Notificaciones.

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora en el domicilio social indicado en la carátula o certificado de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Aseguradora.

Cláusula 8ª. Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le 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.

Cláusula 9ª. Interés Moratorio.

En caso de que 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 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, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

- Cláusula 10ª. 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 la Aseguradora.
- Cláusula 11ª. Moneda.** Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Asegurado a la Aseguradora, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.
- Cláusula 12ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales.** Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Cláusula 13ª. 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 (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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0050-0674-2009 de fecha 30 de septiembre de 2009.

BENEFICIO ADICIONAL DE DESEMPLEO

Cláusula 1ª. Coberturas. El Asegurado podrá contratar la cobertura de desempleo y de acuerdo con la situación en la que se encuentre al momento de presentarse la situación de desempleo, quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades según corresponda:

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Elegibilidad. Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que tengan un vínculo de trabajo formal y reciben un salario de un patrón inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes, por lo menos seis (6) meses ininterrumpidos inmediatos anteriores a la fecha en que se presente la situación de desempleo, y a quienes asegure el pago de la renta mensual contratada, si es que ocurre que sea despedido involuntariamente de su empleo.

Indemnización. Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en la cláusula de Definiciones de esta cobertura, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Desempleo especificado también en la cláusula de Definiciones de esta cobertura, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario la indemnización mensual que se describe en la carátula de la póliza hasta por 3 o 6 meses de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

DESEMPLEO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Elegibilidad. Solo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad (de acuerdo a lo que se especifique en la carátula de la Póliza) los autoempleados o que guardan una relación informal con cooperativas familiares o de amigos por lo menos seis (6) meses ininterrumpidos inmediatos anteriores a la fecha en que se presente la situación de desempleo por invalidez total temporal, y a los que esta cobertura asegura el pago de la renta mensual contratada si es que ocurre que se invalide de manera total temporal.

Indemnización. Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario la indemnización mensual que se describe en la carátula de la póliza hasta por 3 o 6 meses de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la indemnización mensual contratada, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

El primer pago se realizará a los treinta días de estar desempleado, y se continuará en tanto el Asegurado esté con vida y desempleado pero como máximo hasta 3 o 6 meses, según se haya contratado.

- Cláusula 2ª. Definiciones.**
1. **Accidente Cubierto**
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
 2. **Desempleo Involuntario**
Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso.
 3. **Enfermedad cubierta**
Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales.
 4. **Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad**
Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes.
 5. **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes**
 1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza

Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) 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.
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.
 - b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico. (no existe suscripción en este producto).
Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.
5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

6. Periodo de Eliminación de Desempleo

Se define como el periodo de treinta (30) días posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la Póliza. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo hasta agotar el beneficio estipulado en la carátula de la Póliza.

7. Periodo de Espera de Desempleo Involuntario

Se define como el periodo de treinta (30) días posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la Póliza; este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del Seguro que no sea renovación inmediata y continua de un Seguro anterior.

**Cláusula 3^a.
Exclusiones.**

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

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

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

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

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

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.**
- B) ACCIDENTES POR PARTICIPAR EN: SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- C) SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES COMO:
 - a. AVIACIÓN PRIVADA CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, CON EXCEPCIÓN DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS CON ITINERARIOS FIJOS Y RUTAS ESTABLECIDAS.**
 - b. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
 - c. CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILAR ACUÁTICOS Y TERRESTRES EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
 - d. PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAURAMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.****
- D) SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- E) LAS AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.**
- F) TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

- G) LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUEREN PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- H) TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NERVIOSA, NEUROSIS Y PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.**
- I) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**
- J) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE ESTÉN EMPLEADAS DE TIEMPO COMPLETO Y TRABAJEN BAJO UN CONTRATO POR TIEMPO INDEFINIDO PARA UNA EMPRESA QUE CUENTE CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0050-0674-2009 de fecha 30 de septiembre de 2009.

BENEFICIO ADICIONAL DE HOSPITALIZACIÓN

Cláusula 1ª. Coberturas.

El Asegurado podrá contratar cualquiera de las siguientes coberturas por hospitalización:

1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

La Aseguradora pagará al Asegurado la renta diaria contratada si es que ocurre que estando vigente la póliza el Asegurado requiere ser hospitalizado por veinticuatro (24) o más horas continuas como consecuencia de sufrir un Accidente Cubierto.

El plazo de veinticuatro (24) horas antes mencionado constituye un día de deducible para esta cobertura, el cual quedará a cargo del Asegurado.

La renta se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado pero como máximo durante trescientos sesenta (360) días.

2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

La Aseguradora pagará al Asegurado la renta diaria contratada si es que ocurre que estando vigente la póliza el Asegurado requiere ser hospitalizado por veinticuatro (24) o más horas continuas como consecuencia de sufrir una Enfermedad Cubierta.

El plazo de veinticuatro (24) horas antes mencionado constituye un día de deducible para esta cobertura, el cual quedará a cargo del Asegurado.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado pero como máximo durante trescientos sesenta (360) días.

3. INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DURANTE 48 HORAS CONTINUAS POR ACCIDENTE CUBIERTO

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto de la indemnización contratada si es que ocurre que estando vigente la póliza, el Asegurado requiere ser hospitalizado al menos durante cuarenta y ocho (48) horas continuas como consecuencia de sufrir un Accidente Cubierto.

4. INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DURANTE 48 HORAS CONTINUAS POR ENFERMEDAD CUBIERTA

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto de la indemnización contratada si es que ocurre que estando vigente la póliza, el Asegurado requiere ser hospitalizado al menos durante cuarenta y ocho (48) horas continuas como consecuencia de sufrir una Enfermedad Cubierta.

La enfermedad o accidente deberá ameritar la hospitalización del Asegurado de acuerdo al diagnóstico médico efectuado.

Cláusula 2ª. Definiciones.

Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

1. Accidente cubierto

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Enfermedad Cubierta

Es cualquier alteración de la salud diagnosticada por un médico con cédula profesional, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor.

3. Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado.

4. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

5. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza

- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) 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.
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 a el Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicarse la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

Cláusula 3ª. Exclusiones.

LA ASEGURADORA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO SE DERIVE O SEA A CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DE LO SIGUIENTE:

A. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- 1) **SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
- 2) **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**

B. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- 1) **AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO**

- O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
 - 3) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
 - 4) PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAURAMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO, Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
- C. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AUN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
- D. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
- E. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
- F. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- G. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.
- H. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.
- I. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL
- J. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0050-0674-2009 de fecha 30 de septiembre de 2009.

CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN.

Cláusula de Entrega de Información.

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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0050-0086-2009 de fecha 29 de octubre de 2009.