



CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA GRUPO T1
SIN DIVIDENDOS

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA GRUPO T1 SIN DIVIDENDOS

1. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente póliza de seguro:

1.1 La Aseguradora

Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V. Grupo Financiero Aserta.

1.2 Asegurado

Es la persona física que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo cubierto por la presente póliza y que forma parte del grupo asegurado.

1.3 Beneficiario

Persona física y/o moral designada en la póliza por el Asegurado, como titular de los derechos indemnizatorios y se establece en el consentimiento individual correspondiente.

1.4 Contratante

Persona física y/o moral que suscribe el Contrato de Seguro.

1.5 Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades por virtud del cual La Aseguradora, se obliga mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. La carátula, la solicitud, los certificados individuales, los consentimientos, el condicionado general, el particular y las condiciones especiales forman parte y constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Aseguradora.

1.6 Póliza

Documento emitido por La Aseguradora en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

1.7 Carátula de Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes contratantes.

1.8 Consentimiento

Documento donde cada Integrante del Grupo Asegurable hace explícito su acuerdo de estar asegurado y designa a sus beneficiarios. Todos los Consentimientos individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a La Aseguradora.

1.9 Certificado

Documento que describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la póliza cada integrante del grupo asegurado. Todos los certificados Individuales se entregan al contratante quien a su vez los hará llegar a cada asegurado.

1.10 Condiciones Generales

Es el conjunto de principios básicos que establece La Aseguradora que regulan las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

1.11 Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de La Aseguradora y del Contratante y/o Asegurado.

1.12 Prima

Es la cantidad monetaria que deberá liquidar el Contratante a La Aseguradora para que el Contrato del Seguro pueda surtir efecto.

1.13 Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de La Aseguradora, convenido para cada cobertura contratada.

1.14 SAMI

Es la Suma Asegurada Máxima por persona que La Aseguradora se obliga a aceptar sin que aquélla presente pruebas médicas de asegurabilidad, siempre y cuando el integrante ingrese al Grupo Asegurado desde la emisión o con posterioridad a la celebración del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso y haya dado su consentimiento.

1.15 Siniestro

Es la realización de la eventualidad prevista en este contrato amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta póliza.

1.16 SMGMVDF

Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal emitido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos.

1.17 Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, diagnosticada por un Médico Titulado y legalmente autorizado.

1.18 Enfermedades Preexistentes

Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas a padecimientos y/o enfermedades que se hubieren manifestado o se haya declarado antes del

inicio de la vigencia del contrato de seguro en la aseguradora o en cualquier otra aseguradora bajo condiciones similares, que:

- 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.
- 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.

1.19 Enfermedad Terminal

Enfermedad Terminal significa, aquella enfermedad que es incurable, en estado avanzado o que progresa rápidamente, que lleve irremediamente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativos, no paliativos y que de acuerdo al dictamen por escrito de un médico especialista legalmente autorizado para desempeñarse como tal y ratificado por un médico nombrado por la aseguradora, la expectativa de vida no sea mayor a 12 meses.

Esta enfermedad deberá haberse desarrollado o manifestado estando el asegurado bajo el amparo de este seguro.

Al presentar la reclamación, el asegurado se obliga a someterse, de así solicitarlo la aseguradora, a Examen Médico del facultativo que ella señale, para poder determinar si las lesiones que dieron origen a dicha enfermedad o sus consecuencias se encuentran o no amparadas por la cláusula correspondiente.

2. CONDICIONES GENERALES

2.1 Versión de la póliza

Las modificaciones que se hagan al presente contrato, con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, constarán en versiones subsecuentes, conservándose el mismo número de póliza y adicionando a ésta el número de versión consecutivo que corresponda.

La vigencia de este contrato es la que se indica en la carátula de la póliza.

Los cambios que se hagan al contrato, y que se constaten en cada nueva versión, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por el artículo 25 de la Ley sobre el contrato de seguro, quedando sin efectos legales todas las versiones anteriores que obren en poder del contratante, salvo las estipulaciones que no hayan sido modificadas, las cuales serán reproducidas en su totalidad en la nueva versión, no aplicando para ellas lo establecido en el precepto legal que se indica en esta cláusula.

2.2 Grupo Asegurable

El grupo asegurable son los integrantes de una misma empresa o conjunto de personas que mantengan una actividad, vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente al contrato del Seguro que cumplen con las características especificadas por el contratante en la solicitud.

2.3 Grupo Asegurado

El grupo asegurado se conformará con los integrantes del grupo asegurable que cumplen con las características especificadas en la solicitud y han otorgado su consentimiento expreso para ser asegurados y se han considerado para el cálculo de la prima de la póliza.

Las personas que se encuentren incapacitadas a la fecha de emisión de la póliza, formarán parte del grupo asegurado a partir de su rehabilitación.

A los integrantes del grupo asegurable se les expedirá certificado respectivo y/o inclusión en el registro de asegurados.

Si durante la vigencia de la póliza las características del grupo asegurado cambian de tal manera que ya no se cumplen los requisitos de asegurabilidad, la póliza continuará en vigor hasta el término de la vigencia.

2.4 Principio y Terminación de Vigencia

El contratante podrá solicitar la renovación, siempre y cuando no se adeude prima y no haya solicitado la cancelación por escrito. La vigencia de esta Póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

2.5 Terminación Anticipada del Contrato

No obstante el término de vigencia del contrato, el asegurado y/o contratante lo podrán dar por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito. En este caso, La Aseguradora tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al

tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, en términos de lo que se establece en las condiciones particulares.

2.6 Suma Asegurada

La suma asegurada por participante se determina con base en la regla establecida en el subgrupo al que pertenece el Asegurado.

Los Asegurados que superen la SAMI quedarán limitados a esta cantidad y el contratante podrá solicitar el ampliar la suma asegurada presentando las pruebas de asegurabilidad que la aseguradora le indique para valorar la aceptación del monto excedente y en caso de ser aceptado, la aseguradora expedirá las condiciones y el costo requerido para su cobertura.

Para los asegurados en servicio activo, la aseguradora aceptará los incrementos en la suma asegurada que se presenten durante la vigencia o a la renovación de la póliza, siempre y cuando se cumpla con alguno de los siguientes incisos:

- a) La regla para determinar la suma asegurada dependa del sueldo, se presente un incremento general de nómina y el contratante dé aviso por escrito a la aseguradora dentro de los siguientes 30 días al cambio en la nómina.
- b) Las características de un asegurado en particular cambien de tal forma que continúe dentro de cualquier subgrupo dado de alta en la póliza, implique un incremento en su suma asegurada y ésta no rebase la SAMI.

En cualquier otro caso que implique incremento de suma asegurada, el contratante deberá solicitarlo por escrito a la aseguradora, quien se reserva el derecho de aceptar, rechazar o solicitar mayor información para valorar la aceptación del mismo.

2.7 Edad

Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado deberán comprobarse legalmente, pudiendo ser en cualquier momento. Una vez comprobada la edad de un asegurado, la aseguradora hará la anotación correspondiente y no podrá exigir que se vuelva a comprobar la edad del Asegurado.

Los límites de edad para esta póliza se establecerán en el apartado de cada cobertura.

En caso de que el contratante solicite la aceptación de edades superiores a las establecidas, la aseguradora podrá considerar la solicitud, de acuerdo a lo determinado en la nota técnica

correspondiente, exigiendo pruebas de asegurabilidad para definir costos y condiciones de aceptación.

Cuando se 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 correspondiente al certificado en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado 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 pague 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 recobrar 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 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;

IV. – Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en el consentimiento individual, 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 la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

2.8 Periodo de Aceptación

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días

naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el contrato de seguro). Este derecho se hace extensivo al contratante.

2.9 Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, serán liquidados en moneda nacional y en los términos de la ley monetaria vigente en la fecha de pago.

2.10 Prima

La prima total del grupo asegurado será el equivalente a la suma de las primas que correspondan a cada asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada de la cobertura por fallecimiento y de las coberturas adicionales contratadas en la fecha de inicio de cada vigencia del seguro.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total incluyendo coberturas adicionales entre la suma asegurada total de la cobertura por fallecimiento.

La periodicidad del pago de la prima será la misma que se establezca por el contratante en la solicitud.

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del contrato.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstas a las doce horas del primer día de la vigencia del período que comprendan y se aplicará la tasa de financiamiento estipulada a la fecha de expedición de la póliza.

Lo anterior en los términos del artículo 40 de la Ley sobre el contrato de seguro que a la letra dice:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.”

“Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros

obligatorios a que hace referencia en el Art. 150 bis de esta ley”.

Por lo que en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el contrato se cancelará automáticamente y sin necesidad de declaración judicial.

En caso de indemnización por causa de siniestro, la aseguradora podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

2.11 Renovación

La aseguradora podrá renovar el contrato de seguro de grupo, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso por escrito a la otra parte de su voluntad de no renovarlo. En cada renovación se aplicarán las primas obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las notas técnicas respectivas.

2.12 Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia o viajes de los asegurados.

2.13 Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del contrato y del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la aseguradora, será el importe de la reserva matemática que corresponda al certificado individual correspondiente, en la fecha en que ocurra el siniestro.

2.14 Extinción de las Obligaciones de La Aseguradora

Las obligaciones de La Aseguradora se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del

Asegurado y/o Contratante por las causas señaladas en la cláusula de prima.

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Contratante y/o Asegurado o representante de éstos declarar, en su caso, por escrito, todos los hechos importantes que se le pregunten, tales como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del contrato.

En caso de omisiones, falsas declaraciones, actuación dolosa o fraudulenta del Contratante y/o Asegurado y/o representante de éstos, al declarar por escrito en las solicitudes de La Aseguradora o en cualquier otro documento, ésta podrá rescindir el contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.15 Designación de Beneficiarios

Los asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar a sus beneficiarios, siempre que se mantenga el interés asegurable, no se haya renunciado al derecho de revocar la designación y no exista restricción legal. Los asegurados deberán notificar el cambio por escrito a la aseguradora para formar parte integrante de la póliza.

La aseguradora pagará al último beneficiario que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Los asegurados podrán renunciar al derecho de cambiar la designación de sus beneficiarios, haciendo una designación irrevocable siempre que lo notifiquen por escrito a los Beneficiarios y a la aseguradora para ser anotado en el certificado Individual respectivo. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del asegurado.

También para la designación de beneficiarios se observará, en su caso, lo previsto en el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

ADVERTENCIA: El asegurado en el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

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

2.16 Indisputabilidad

Este contrato será indisputable a partir de que cumpla el primer año de vigencia, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del asegurado y al efecto la aseguradora renuncia a todos los derechos, que conforme a la Ley, son renunciables para atacarlo de nulidad o para rescindirlo en los casos de omisión o inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración, en los supuestos en que resulten aplicables dichas declaraciones.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado o de miembros cuyo riesgo ocupacional hubiese cambiado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior contará a partir de la fecha en que quedaron asegurados o cambiaron su riesgo ocupacional.

Esta cláusula sólo será aplicable para aquellos asegurados que hubieren dado su consentimiento para ser asegurados, treinta días después de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado.

2.17 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento y dos para todos los

demás casos, 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 aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así mismo se suspenderá en los casos previstos por esta Ley.

2.18 Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionada con este contrato, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la póliza.

Si la aseguradora cambia de domicilio lo comunicará inmediatamente al contratante, asegurado, o a sus causahabientes.

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

2.19 Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que La Compañía cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

2.20 Modificaciones y Notificaciones

Para garantizar la confidencialidad de la información contenida en la póliza, ninguna persona distinta al contratante, asegurado y/o beneficiario podrá establecer comunicación directa con la aseguradora para asuntos relacionados con esta póliza.

Cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Lo anterior en términos del artículo 19 de la Ley sobre el contrato de seguro.

La aseguradora, previo convenio con el contratante entregará a éste para cada asegurado, el certificado individual del seguro, documento en donde se detalla las principales condiciones generales, descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas.

2.21 Entrega de documentos por medios electrónicos

Las condiciones generales, endosos y recibos, serán enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB siempre y cuando el Contratante o Asegurado haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

No obstante lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a este seguro estarán disponibles para la consulta y conocimiento del contratante y/o asegurado previamente a su contratación en la página de internet www.asertavida.com.mx

Queda expedido el derecho del Contratante o Asegurado para solicitar en cualquier momento a la Compañía. Un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto, recibos, carátulas de póliza y endosos que correspondan a su Póliza.

2.22 Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el contratante, la aseguradora entregará a éste el registro de asegurados que contendrá número de certificado individual, nombre, edad, sexo, fecha de vigencia del seguro, operación y plan del seguro de que se trate, suma asegurada y coberturas amparadas.

2.23 Altas

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el

párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

2.24 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El contratante se obliga a dar aviso a la aseguradora de manera inmediata de los casos de separación e informar la fecha exacta de los mismos, en caso contrario la baja surtirá efecto a partir de la renovación de la póliza.

Cuando un miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a que se obligó, este último podrá solicitar su baja del grupo a la aseguradora.

2.25 Ajuste por movimientos

En caso de movimientos de alta o baja de asegurados, de aumento o disminución de coberturas adicionales, de cambio de riesgo ocupacional o de incremento en sumas aseguradas, la aseguradora valorará la aceptación y calculará la prima correspondiente desde el mes del movimiento hasta el mes del vencimiento de la póliza utilizando la misma base que sirvió para emisión de la póliza a días exactos, salvo pacto en contra.

La aseguradora cobrará o devolverá al contratante la prima vencida y ajustará en su caso los recibos de periodos subsecuentes incluyendo el mes en el que se realizaron los movimientos. De no ser cubierto el ajuste que le corresponda al contratante, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Al finalizar la vigencia, se cobrará o devolverá la prima por movimientos que por convenio expreso, la aseguradora acepta sin que el contratante se vea obligado a declarar.

2.26 Entrega de Información para Asegurados

Los certificados de todos y cada uno de los asegurados, así como las condiciones generales de su póliza serán entregados por la aseguradora al contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada asegurado.

El contratante se obliga a concentrar todos los consentimientos individuales de todos y cada uno de los asegurados para cuando la aseguradora se los solicite, para poder cumplir con la legislación que así lo determine.

2.27 Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco por parte del contratante de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a la aseguradora, obliga al contratante a reintegrar el pago a la aseguradora.

2.28 Cancelación de la Póliza

En caso de que se reciba la cancelación del contrato por escrito por parte del contratante, la aseguradora ajustará las condiciones y primas de acuerdo con el período cubierto y en su caso realizará la devolución de la prima no devengada o cobrará al contratante la prima devengada no pagada.

2.29 Cancelación del contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las doce horas de la fecha correspondiente:

- a) En caso de que el contratante decida darlo por terminado, previa notificación por escrito a la aseguradora, con 30 días naturales de anticipación a la fecha que pretenda cancelarlo, en cuyo caso, la aseguradora devolverá, dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la notificación, el 50% de la prima pagada no devengada a la fecha efectiva de cancelación.
- b) Por falta de pago de la prima.

2.30 Gastos de Adquisición

Durante la vigencia de la póliza, el 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 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.31 Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de contratante, la aseguradora podrá:

Rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga

conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo contratante.

La aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2.32 Contribución de los Asegurados

Los miembros del grupo asegurado podrán contribuir al pago de la Prima, siendo responsabilidad del contratante liquidarla oportunamente a la aseguradora para que los asegurados estén cubiertos en la póliza.

2.33 Liquidación de la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda aplicando la regla en vigor a la fecha del siniestro.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la aseguradora por su propio derecho notificando al contratante o a solicitud de este último, hará la modificación correspondiente sustituyendo el certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

3. INDEMNIZACIÓN

3.1 Procedimiento en caso de Siniestro

Al ocurrir el siniestro amparado por esta póliza, el mismo deberá ser notificado a La Aseguradora, por escrito, dentro de un plazo no mayor a cinco días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darse tan pronto desaparezca el impedimento.

El Asegurado y/o el Contratante deberán comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma para lo cual, La Aseguradora tendrá derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

3.2 Pruebas

El reclamante presentará a la aseguradora, además de las formas de la declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

El costo de la obtención de documentos oficiales correrá por cuenta del beneficiario.

Se deberán presentar pruebas de que el Siniestro por el que se reclama, ocurrió dentro de la vigencia de la póliza.

La aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive una obligación. La obstaculización por parte del contratante, del asegurado o del beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la aseguradora de cualquier obligación.

Los documentos que el beneficiario debe presentar para el trámite de su reclamación son los siguientes:

- a) Solicitud de reclamación, requisitada en todos los puntos.
- b) Ultima designación de beneficiarios (Certificado firmado por el Asegurado)
- c) Copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado y Beneficiarios
- d) Copia Certificada del acta de matrimonio o constancia de concubinato
- e) Original y copia de la Identificación oficial del asegurado y beneficiarios (credencial de elector, cartilla militar o pasaporte)
- f) Último recibo de pago de nómina y/o formato de solicitud expedido por el contratante y/o Credencial con foto y firma que lo acredite como miembro del grupo
- g) Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses, puede ser recibo telefónico, luz agua o predial, estado de cuenta)
- h) Copia certificada de las sentencia del juicio de sucesión correspondiente en caso de no existir designación por parte del asegurado o alguno de los definidos en condiciones generales
- i) Copia certificada del Certificado de Defunción y Acta de Defunción (en su caso)
- j) Presentar actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas de identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de estudios químicos toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas)

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.3 Pago a Beneficiarios

Los beneficiarios designados tendrán el derecho para cobrar a la aseguradora la suma asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato y certificado siempre que los mismos se encuentren vigentes al momento de ocurrir el Siniestro.

La aseguradora pagará la suma asegurada al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en el certificado respectivo por lo que si posterior al pago recibe una notificación de cambio, ésta ya no surtirá efecto.

El pago de la suma asegurada se hará a los beneficiarios en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del siniestro.

Si algún beneficiario llegó con vida al momento del siniestro pero falleció antes de poder cobrar su proporción de suma asegurada, el pago se realizará a la sucesión legal de dicho beneficiario.

Si algún beneficiario falleció antes de ocurrir el siniestro, su proporción de suma asegurada se repartirá entre los demás beneficiarios vivos de acuerdo a la proporción de cada uno de ellos, en caso de que no exista estipulación en contrario.

Cuando no hay designación en la póliza por medio de un consentimiento o mueren todos los designados antes que el asegurado y éste no hubiere hecho una nueva designación, la suma asegurada se le pagará a la sucesión legal del asegurado.

En caso de que un beneficiario resulte implicado legalmente, sea procesado y se le declare culpable por el fallecimiento del Asegurado, su parte correspondiente será pagada a la sucesión legal del Asegurado.

3.4 Lugar y Pago de la Indemnización

La aseguradora hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la Cláusula "Procedimiento en caso de siniestro" de esta póliza.

3.5 Indemnización por mora

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

3.6 Anticipo de la Indemnización de la Cobertura Básica

Cuando la suma asegurada de la cobertura básica sea mayor a 12 veces el SMGMVDF, los beneficiarios o el asegurado, en su caso, podrán solicitar por única vez un anticipo parcial del 30% de la Indemnización de dicha cobertura bajo dos posibles escenarios:

- 1) Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, el beneficiario lo solicite y presente únicamente el original del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiere varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquél que presente a la aseguradora el certificado médico de defunción, siempre que su parte de la suma asegurada sea igual o mayor al pago que por esta cobertura tenga que efectuar la aseguradora.

La indemnización efectuada bajo este supuesto cuenta con un límite máximo de 60 SMGMVDF y no es acumulable a la cobertura de fallecimiento, y por tanto, una vez pagada, la aseguradora deducirá este valor de la suma asegurada contratada para dicha cobertura (fallecimiento) para la liquidación final.

Esta modalidad no opera en caso de haber aplicado alguna otra opción de anticipo.

- 2) Al momento en que al asegurado le sea diagnosticada una enfermedad y terminal y se cumpla un periodo de espera de seis meses a partir del inicio de vigencia del certificado.

En caso de que el certificado tenga beneficiarios irrevocables, no procederá el pago de este beneficio, a menos que éstos notifiquen a la aseguradora por escrito, que están de acuerdo en que el asegurado haga uso de este beneficio.

La indemnización efectuada bajo este supuesto cuenta con un límite máximo de 550 SMGMVDF y no es acumulable a la cobertura de fallecimiento, y por tanto, una vez pagada, la aseguradora deducirá este valor de la suma asegurada contratada para dicha cobertura (fallecimiento) para la liquidación final.

Para este máximo se toman en cuenta todas las pólizas expedidas por la aseguradora que otorguen este mismo beneficio. Esta cláusula no aplica

durante los primeros seis meses de inicio de vigencia del certificado individual.

4. COBERTURAS

4.1 Cobertura Básica por Fallecimiento (FALL)

La aseguradora pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada para esta cobertura, siempre que el asegurado fallezca mientras esta póliza y su certificado se encuentren en vigor al momento del siniestro.

Si el asegurado viviere al final de dicho plazo contratado, la cobertura terminará sin obligación alguna para la aseguradora.

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 70 años sin límite en las renovaciones posteriores.

En caso de que el contratante solicite la aceptación de edades diferentes a las establecidas, la aseguradora podrá considerar la solicitud, de acuerdo a lo determinado en la nota técnica correspondiente, exigiendo pruebas de asegurabilidad para definir costos y condiciones de aceptación.

Las cláusulas que a continuación se describen aplican, conforme a lo establecido en la solicitud.

4.2 Consentimiento-Certificado

Documento autoexpedible donde se describe las condiciones bajo las cuales cada Integrante del grupo asegurable hace explícito su acuerdo de estar asegurado y designa a sus beneficiarios y de manera inmediata la aseguradora acepta como asegurado en la póliza.

Todos los consentimientos-certificados individuales se entregan al contratante quien a su vez los hará llegar a la aseguradora.

4.3 Administración Detallada

El Contratante se obliga a reportar a La Aseguradora los movimientos de altas, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de la fecha que les dio origen en el periodo previamente convenido.

La Aseguradora dará cobertura a los nuevos Asegurados siempre que éstos cumplan con las características correspondientes a su elegibilidad y asegurabilidad vigentes en la fecha de alta del Asegurado.

La prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a las modificaciones individuales de Suma Asegurada dentro del Grupo, será determinada por La Aseguradora, sujeto a la valoración del caso con base en el siguiente recibo de primas o antes si el importe del ajuste supera el 10% de la prima original.

De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

El Contratante se obliga a auto-administrar los consentimientos individuales de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, resguardándolos una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el Contratante se obliga a facilitar la entrega a La Aseguradora de los mismos cuando ésta se los solicite para que pueda cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento y con las solicitudes de información o requerimientos legales respectivos.

4.4 Administración Simplificada

La aseguradora acepta que el contratante reporte los movimientos de altas, bajas o modificaciones de suma asegurada presentadas después de la emisión de la póliza y durante la misma de manera simplificada, donde el contratante se obliga a proporcionar la base de asegurados al inicio de vigencia y al final de la misma para el cálculo y aplicación del movimiento correspondiente mediante lo establecido en el producto registrado.

El contratante se obliga a dar aviso a la aseguradora cuando exista incremento generalizado en la suma asegurada, superior al 10% de la suma asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio para su valoración y aceptación.

Si derivado de un incremento general o individual de suma asegurada se tuvieran asegurados con suma asegurada excedente a la SAMI establecida en la carátula de la póliza para este contrato, el contratante se obliga a reportarlos dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha que les da origen, y la aseguradora se obliga a aceptar el incremento hasta la SAMI del contrato.

La aseguradora dará cobertura a los nuevos asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del grupo asegurado, sujeto a los criterios de edad de aceptación, SAMI y requisitos de asegurabilidad vigentes en la fecha de alta del asegurado, especificados en las condiciones del Seguro.

La prima correspondiente será determinada por la aseguradora, aplicando el movimiento anual con base a

cuota promedio las No serán válidos los incrementos individuales de Suma Asegurada, cuando la persona se encuentre incapacitada, reconociendo el incremento que le corresponda al momento de su rehabilitación.

Condiciones establecidas en el producto registrado. El ajuste que corresponda aplicará a partir de la fecha en que se da el incremento, siempre que haya sido reportado dentro del periodo establecido en el párrafo anterior. De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

El contratante se obliga a auto-administrar los consentimientos individuales de cada uno de los integrantes del grupo asegurado, resguardándolos una vez que éstos hayan sido completamente requisitados; y el contratante se obliga a facilitar la entrega a la aseguradora de los mismos cuando ésta se los solicite para que pueda cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el reglamento y con las solicitudes de información o requerimientos legales respectivos.

4.4 Derecho de Conversión

En caso de que el seguro sea por una prestación laboral, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de Vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de las Aseguradora.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a La Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas y médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

En caso de solicitar cualquier modificación a estas condiciones, La aseguradora se reserva el derecho de exigir pruebas de asegurabilidad.

Las personas que hubieran contratado su seguro individual y que vuelvan a formar parte del Grupo Asegurado, tendrán derecho a ser Asegurados, siempre

que el Contratante lo haga del conocimiento de la Aseguradora dentro de los 30 días siguientes a su ingreso.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de Octubre de 2014, con el número CNSF-S0118-0603-2014/CONDUSEF-000511-01”

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA

Periférico Sur no. 4829, Edificio Torre Jade 701 y 702,
Col. Parque del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, C.P.
14010, CDMX

Lada sin costo: 01 800 911 0900

www.asertavida.mx

Unidad de Atención a Usuarios

**CAMINO SANTA TERESA 1040 - PISO 7 DESP. 701,
COL. JARDINES EN LA MONTAÑA, C.P. 14210,
DELEG./MPIO. TLALPAN, ENTIDAD FEDERATIVA:
CIUDAD DE MÉXICO, REFERENCIA: CERCA DEL
HOTEL ROYAL PEDREGAL, ENTRE CALLE BLVD. DE
LA LUZ Y CALLE AV. ZACATEPETL. LADA 55, TEL.
54247950; LADA 55, TEL. 54247967, TEL. GRATUITO
5617842, TEL. GRATUITO 5617842. CORREO
ELECTRÓNICO: spompa@aserta.com.mx**

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono 5340 0999 desde la Ciudad de México o (01800) 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef