

I. DEFINICIONES

Aseguradora

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

Contratante

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o terceras personas, que además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo, así como a recabar la información necesaria para el aseguramiento.

Grupo Asegurado, en adelante el Grupo

Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora y forman parte del Registro de Asegurados.

Asegurado

Persona que tiene un adeudo con el Contratante en su carácter de deudor titular o deudor solidario y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que a petición del Contratante, ha quedado amparada bajo esta póliza.

Deudor Solidario

Persona física, que conjuntamente con el acreditado, se responsabiliza ante el Contratante por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del crédito otorgado. Tratándose de deudores solidarios diferentes al cónyuge del acreditado, el Contratante estará obligado a recabar el consentimiento individual correspondiente.

Endoso

Documento emitido por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

Periodo de Espera

Es el periodo continuo en estado de Invalidez Total y Permanente que debe transcurrir a partir del diagnóstico, para recibir el pago de la suma asegurada correspondiente, siendo este periodo de seis meses.

Periodo de Eliminación

Es el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo por despido injustificado, durante el cual el seguro no estará amparando, siendo este periodo de ocho semanas.

El Asegurado será responsable de pagar el importe de las amortizaciones no cubiertas por el periodo de eliminación correspondiente.

Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de espera establecido.

Los siguientes casos se considerarán como invalidez total y permanente y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Despido Injustificado

Desempleo del Asegurado originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Este beneficio sólo será otorgado a Empleados, según la definición que aparece más adelante.

Empleado

Para efectos de este Contrato, se entenderá por Empleado, aquél que ocupa un cargo retribuido por una persona física o moral legalmente establecida, al amparo de un contrato de trabajo por tiempo indefinido, en el cual se establece una jornada de tiempo completo (40 horas semanales) y que hayan trabajado en dicha empresa ininterrumpidamente al menos 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio de vigencia del beneficio.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Enfermedad Preexistente

Son aquellas, que:

- Con anterioridad a la integración del Asegurado al Grupo, un médico haya determinado la preexistencia y/o existencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Que por su historia clínica o evolución natural, un perito médico, así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designe la Aseguradora.

II. GENERALIDADES

Objeto

De conformidad con las Condiciones Generales de esta Póliza, el objeto de este seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, o el pago de las amortizaciones periódicas que se vayan venciendo por el período establecido, según corresponda, que el Asegurado tenga a su cargo en el momento de ocurrir el evento indemnizable.

Este seguro no cubre las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

Contrato

La Carátula de la póliza, la Solicitud de Seguro, el Registro de Asegurados correspondiente, en su caso los Certificados individuales, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro, celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Rectificación de la Póliza

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

Modificaciones al Contrato

Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos. Cualquier persona no autorizada por la Aseguradora carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de la Póliza. Las notificaciones que la Aseguradora haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

Derecho de los Contratantes

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley, el cual indica que el plazo del Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino que dicho plazo correrá a partir del día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. De igual manera la prescripción se suspenderá por la presentación de reclamaciones presentadas en términos de ley ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Aseguradora; así también se interrumpirá la prescripción por la presentación de la reclamación, que reúna los requisitos exigidos por la ley, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de la delegación de ésta elegida por el reclamante.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para

la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Indisputabilidad

Este Contrato será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado.

Carencia de Restricciones

Este Contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados, posteriores al inicio de vigencia del mismo.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Indemnización por Mora

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

Beneficiario

El Contratante es el beneficiario irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, o el pago de las amortizaciones periódicas que se vayan venciendo por el período establecido, según corresponda, que el Asegurado tenga a su cargo al ocurrir el riesgo amparado por la póliza.

Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el evento indemnizable, el remanente se pagará al Asegurado de que se trate (en caso de Invalidez Total y Permanente), a su sucesión o a sus beneficiarios designados distintos del Contratante, según corresponda.

Si solo se hubiese designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de beneficiario.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente; o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencias:

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 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 solo 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.

Edad

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Aseguradora, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora; pero en este caso, se devolverá al

Contratante la reserva matemática que corresponda al Asegurado en la fecha de su rescisión.

Para efectos de este contrato, se considerará como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza.

Edades de aceptación

La edad mínima de aceptación será de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 80 años para la cobertura de fallecimiento, cancelándose automáticamente al término del plazo del seguro en que el Asegurado cumpla 81 años. Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente y Desempleo, únicamente podrá otorgarse hasta los 69 años, cancelándose automáticamente al término del plazo del seguro en que el Asegurado cumpla 70 años.

Suma asegurada

Tratándose de los beneficios de fallecimiento e invalidez total y permanente, se ampara el saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, que el Asegurado tenga a su cargo, al ocurrir el evento indemnizable, **sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.**

La suma asegurada máxima que la Aseguradora cubrirá para cada uno de los miembros del Grupo sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza; los miembros del Grupo que superen la suma asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere pertinentes, de acuerdo al monto de la suma asegurada y a la edad del Asegurado.

Para el Beneficio por Desempleo por Despido Injustificado, la suma asegurada se refiere al monto de las amortizaciones correspondientes al Crédito otorgado por el Contratante que se venzan una vez transcurrido el período de eliminación respectivo y hasta que el asegurado se reincorpore a un empleo, según corresponda, o concluya el período máximo de cobertura pactado, lo que ocurra primero, **sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.**

Suicidio

En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Aseguradora solamente devolverá al Contratante la reserva matemática respecto al miembro correspondiente del Grupo. Este pago será el pago total que se hará por concepto de seguro del expresado miembro.

III. VIGENCIA DEL CONTRATO

Vigencia del Contrato

La vigencia de este contrato será de un año, y podrá ser renovado por periodos de igual duración. Las fechas de inicio y término de vigencia se indican en la carátula de la póliza.

Plazo del Seguro

El plazo del seguro podrá ser:

- a) El mismo que el término que en el Contrato de crédito se le otorgue a cada Asegurado para el pago de cada una de sus amortizaciones periódicas, y podrá ser semanal, quincenal o mensual, de acuerdo a lo establecido en dicho contrato de crédito.
- b) Anual, en este caso la suma asegurada se calculará de acuerdo a la tabla de amortización del Contratante.

Inicio de Vigencia del Contrato

El presente contrato entra en vigor a las doce horas de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la Póliza.

Cancelación del Contrato

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

- a) En caso de que no existan miembros del Grupo con seguro vigente, y el Contratante decida darlo por terminado, previa notificación por escrito con 30 días de anticipación a la fecha en que pretenda cancelarlo.
- b) A falta de pago de primas.
- c) Que el Contratante no cumpla con sus obligaciones previstas en este Contrato. La Aseguradora se obliga a devolver la prima no devengada.

Terminación del Seguro respecto a cada Asegurado

- a) Por cualquiera de las causas que se mencionan en la cláusula de cancelación del Contrato
- b) Cuando la Aseguradora haya efectuado el pago de la suma asegurada de cualquiera de las coberturas contratadas, excepto para la de desempleo.

- c) Por liquidación del adeudo
- d) Por traspaso del adeudo
- e) Cuando no haya ocurrido ninguno de los eventos amparados y el Contratante entre en posesión de algún bien del Asegurado o del fiador, en su caso, con fines de pago de la deuda insoluta.
- f) A petición del Contratante en caso de que el adeudo por motivo justificado conforme a derecho no sea recuperable y no haya ocurrido ninguno de los eventos amparados.

La Aseguradora se obliga a notificar a los Asegurados y a sus beneficiarios, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, que en su caso, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Contratante del seguro el importe del saldo insoluto. El Asegurado o sus beneficiarios deberán informar a la Aseguradora su domicilio para que llegado el caso, les notifique las decisiones antes señaladas.

Renovación Automática

La cobertura de cada Asegurado se renovará de forma automática por un plazo de igual duración al originalmente contratado, en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre y cuando las condiciones de riesgo manifestadas en la solicitud se mantengan y se reúnan los siguientes requisitos:

1. Que derivado del contrato de crédito que le da origen a este seguro, el Asegurado tenga saldo deudor a su cargo, y
2. Que el Contratante reporte la existencia de dicho saldo deudor en el registro de Asegurados del periodo correspondiente, y
3. Que el Asegurado este dentro de los límites de Edades de Aceptación establecidos por la Aseguradora

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

IV. PROCEDIMIENTOS

Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia del Contrato:

- a) Reportar a la Aseguradora a través del Registro de Asegurados, la composición de la cartera en riesgo, con la misma periodicidad en que se haya contratado el plazo del seguro, es decir, de forma semanal, quincenal o mensual y, de ser necesario, remitir los consentimientos respectivos.

Si el Contratante no informara oportunamente, en el plazo y términos establecidos en el párrafo anterior, de los nuevos ingresos al Grupo, éstos se considerarán como no asegurados en tanto la Aseguradora no determine expresamente su aceptación.

Las personas que ingresen al Grupo 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, sin que deban cumplir con algún requisito médico u otro para quedar aseguradas, por lo que no resultan aplicables a estos supuestos las cláusulas de Omisiones o Inexactas Declaraciones y de Indisputabilidad, salvo que la suma asegurada solicitada sea superior a la máxima establecida sin requisitos médicos.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo 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.

- b) Dar aviso a la Aseguradora dentro del término de 15 días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sea necesaria para la

aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

Bajas

Para efectos de este Contrato, se consideraran como bajas a las personas que no sean reportadas por el Contratante en el registro de Asegurados del periodo correspondiente.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo dejarán de estar asegurados 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.

Registro de Asegurados

La Aseguradora formará un registro de Asegurados que contendrá lo siguiente:

- a) Nombre completo, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros del Grupo
- b) Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del **Grupo** y fecha de terminación de los mismos
- d) Número de crédito
- e) Operación y plan de seguro de que se trate
- f) Número del certificado individual
- g) Coberturas amparadas

Primas

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

Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término convenido en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de los seguros de cada uno de los miembros del Grupo no pagados cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este párrafo.

La forma y el término para el pago de las primas serán de conformidad con lo que se establezca en la carátula de la póliza.

La prima total del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro de dicho Grupo, de acuerdo a su edad y suma asegurada.

La tarifa con la cual se calculen las primas, será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Aseguradora y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Término para el pago de la prima

Si no hubiese sido pagada la prima, dentro del término convenido señalado en la carátula de la póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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

Cambio de Contratante

Si el Contratante desea ceder los derechos del presente Contrato, deberá obtener autorización de la Aseguradora. En caso de que la Aseguradora no esté de acuerdo con la cesión, ésta podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se notifique su negativa a la cesión. La Aseguradora reembolsará al Contratante la prima neta no devengada.

Información sobre el seguro

El Contratante en la documentación de la operación de la que deriven los créditos amparados por este seguro, hará saber a los Asegurados la existencia de esta póliza y los beneficios que de la misma derivan.

V. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS**Indemnización por Fallecimiento**

Si alguna de las personas aseguradas en un certificado (Asegurado) fallece durante el plazo de seguro contratado, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada respectiva al Beneficiario.

Con el pago de dicha indemnización, quedan sin efecto las coberturas para el Asegurado sobreviviente en caso de que exista.

Coberturas Adicionales – Las coberturas adicionales serán aplicables en caso de haber sido contratadas.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (periodo de espera 6 meses)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este beneficio, después de transcurrido un periodo de espera de 6 meses

contado desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Con el pago de dicha indemnización, quedan sin efecto las coberturas para el Asegurado no afectado en caso de que exista.

Comprobación del estado de invalidez

El estado de invalidez Total y Permanente deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Si el Asegurado se rehúsa a la comprobación o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

Beneficio por Desempleo por despido injustificado (Esta cobertura no aplica para el deudor solidario)

Si al momento de contratar este beneficio, el Asegurado es un Empleado de acuerdo a lo establecido en la sección de definiciones, entonces, en caso de despido injustificado, la Aseguradora pagará las amortizaciones correspondientes al crédito otorgado por el Contratante, que se venzan después de transcurrido el periodo de eliminación y hasta que el Asegurado se reincorpore a un empleo o concluya el periodo máximo de cobertura estipulado en el certificado respectivo, lo que ocurra primero. Este beneficio no tendrá efecto cuando el Asegurado hubiere sido notificado, dentro de los 90 días previos al inicio del seguro, de que se produciría su despido.

Las amortizaciones pagaderas por la Aseguradora, incluyen los costos de los seguros asociados con el crédito.

Reinstalación

Cuando la cobertura de Desempleo haya sido afectada por el pago de amortizaciones correspondientes al crédito otorgado por el Contratante por parte de la Aseguradora, el beneficio podrá ser reinstalado sólo por cinco veces, siempre y cuando haya transcurrido un periodo de 12 meses a partir de la fecha en que se hizo el último pago por parte de la Aseguradora.

VI. INDEMNIZACIONES

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo dárselo tan pronto como cese uno u otro y de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pruebas

El Contratante presentará las reclamaciones a la Aseguradora, con la siguiente información:

- Archivo que contenga el nombre del Asegurado, número de crédito, importe del saldo reclamado y fecha del evento indemnizable
- Copia de Identificación oficial del Asegurado

Además se deberá presentar la siguiente documentación, dependiendo del beneficio afectado:

- Fallecimiento
 - ✓ Copia certificada del acta de defunción del Asegurado

- Invalidez Total y Permanente

Las bases para considerar que un dictamen tiene plena validez, son las siguientes: Las personas que se encuentren afiliadas al seguro social (para efectos de este contrato, IMSS, ISSSTE, PEMEX o ISSFAM) deberán presentar ante la Aseguradora la determinación de Invalidez Total y Permanente efectuada por el seguro social (en los formatos oficiales de la Institución correspondiente), la cual será evaluada por un médico especialista que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. En caso de que el Asegurado no sea derechohabiente del seguro social, deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos requeridos por el médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, a fin de determinar si procede o no el dictamen de Invalidez Total y Permanente. En caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Pruebas para el beneficio

Si el Asegurado se rehúsa a la presentación de las pruebas correspondientes o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

- Desempleo por despido injustificado, en su caso:
 - ✓ Copia del acta de liquidación donde aparezca el cálculo de la misma conforme a la ley
 - ✓ Copia del finiquito/liquidación en donde conste la separación involuntaria
 - ✓ Copia de baja del seguro social
 - ✓ Copia del último recibo de nómina
 - ✓ Copia de la tabla de amortización de los pagos del crédito
 - ✓ Copia del contrato por tiempo indefinido de la empresa en que laboraba

En defecto de lo anterior, copia de la demanda laboral presentada.

El reclamante presentará a su costa a la Aseguradora; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el hecho que genera la reclamación.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Pago de la Indemnización

La Aseguradora pagará al Beneficiario, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

El asegurado o sus causahabientes, tienen derecho a exigir que la Aseguradora pague al beneficiario el pago respectivo.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

VII. EXCLUSIONES

Quedan excluidos expresamente de la cobertura de la presente póliza los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.

Este seguro no cubre las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

Adicionalmente, existen las siguientes exclusiones para el beneficio de invalidez total y permanente:

La cobertura no se otorgará si la invalidez ocurre como consecuencia de:

A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

- 1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución**
- 2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado**

3. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros

4. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante

5. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur

6. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo

7. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental

8. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas

9. Riña, cuando él la haya provocado

10. Cualquier forma de navegación submarina

B. Radiaciones atómicas

C. Accidentes o lesiones que sufra el Asegurado encontrándose éste bajo los efectos del alcohol o bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando éstas últimas hayan sido prescritas por un médico, siempre y cuando estos hechos hayan tenido influencia directa para la realización del riesgo

D. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto que se demuestre que fue accidental

E. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental

F. Enfermedades Preexistentes físicas y mentales

Adicionalmente, existen las siguientes exclusiones para el Beneficio de Desempleo por despido injustificado:

La Aseguradora no pagará indemnización alguna respecto a cualquier periodo de desempleo que resulte de:

- 1. Renuncia voluntaria del empleo por parte del Asegurado**
- 2. Jubilación, pensión, cesantía o retiro del Asegurado**
- 3. Terminación del empleo por las causas previstas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (Despido Justificado)**
- 4. Participar en paros, disputas laborales o huelgas**
- 5. En caso de que el Asegurado hubiere sido notificado, dentro de los 90 días previos al inicio del seguro, de que se produciría su despido**
- 6. Se excluye a las personas con empleo temporal o independiente**

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Seguros Azteca, S.A. de C.V. ubicada en Insurgentes Sur 3579 Torre 3 PB, Colonia Tlalpan la Joya, Delegación Tlalpan,

C.P. 14000, comunicarse a los teléfonos 17209854 desde la Ciudad de México o al 018008108181 desde el Interior de la República, o al correo electrónico: ueap@segurosazteca.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 53400999 desde la Ciudad de México o al 018009998080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página electrónica www.segurosazteca.com.mx

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de marzo de 2010, con el número CNSF-S0098-0121-2010/CONDUSEF-002758-01

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

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col. Tlalpan la Joya C.P. 14000 Ciudad de México.
Ciudad de México y zona metropolitana 1720 9854
Interior de la República (01800) 810 8181

Extracto de Cláusulas Principales aplicables al Seguro de Vida Grupo para Deudores Diversos a Corto Plazo emitido por Seguros Azteca, S.A. de C.V.

Cobertura Básica - Indemnización por Fallecimiento

Si alguna de las personas aseguradas en un certificado (Asegurado) fallece durante el plazo de seguro contratado, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada respectiva al Beneficiario.

Con el pago de dicha indemnización, quedan sin efecto las coberturas para el Asegurado sobreviviente en caso de que exista.

Coberturas Adicionales – Las coberturas adicionales serán aplicables en caso de haber sido contratadas, según conste en el certificado individual.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (periodo de espera 6 meses)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este beneficio, después de transcurrido un periodo de espera de 6 meses contado desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Con el pago de dicha indemnización, quedan sin efecto las coberturas para el Asegurado no afectado en caso de que exista.

Comprobación del estado de invalidez

El estado de invalidez Total y Permanente deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Si el Asegurado se rehúsa a la comprobación o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

Estos beneficios cuentan con exclusiones que se detallan en las condiciones generales de la póliza.

El objeto de este seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, o el pago de las amortizaciones periódicas que se vayan venciendo por el período establecido, según corresponda, que el Asegurado tenga a su cargo en el momento de ocurrir el evento indemnizable.

Este seguro no cubre las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

Edades de aceptación - La edad mínima de aceptación será de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 80 años para la cobertura de fallecimiento, cancelándose automáticamente al término

del plazo del seguro en que el Asegurado cumpla 81 años. Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente y Desempleo, únicamente podrá otorgarse hasta los 69 años, cancelándose automáticamente al término del plazo del seguro en que el Asegurado cumpla 70 años.

Suicidio - En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Aseguradora solamente devolverá al Contratante la reserva matemática respecto al miembro correspondiente del Grupo. Este pago será el pago total que se hará por concepto de seguro del expresado miembro.

Competencia - En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

Prescripción - Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley, el cual indica que el plazo del Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino que dicho plazo correrá a partir del día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. De igual manera la prescripción se suspenderá por la presentación de reclamaciones presentadas en términos de ley ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Aseguradora; así también se interrumpirá la prescripción por la presentación de la reclamación, que reúna los requisitos exigidos por la ley, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de la delegación de ésta elegida por el reclamante.

Indemnización por Mora - En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Beneficiarios – El Contratante es el beneficiario irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del

seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, o el pago de las amortizaciones periódicas que se vayan venciendo por el período establecido, según corresponda, que el Asegurado tenga a su cargo al ocurrir el riesgo amparado por la póliza.

Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el evento indemnizable, el remanente se pagará al Asegurado de que se trate (en caso de Invalidez Total y Permanente), a su sucesión o a sus beneficiarios designados distintos del Contratante, según corresponda.

Si solo se hubiese designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de beneficiario.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente; o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencias:

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 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 solo 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.

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, sin que deban

cumplir con algún requisito médico u otro para quedar aseguradas, por lo que no resultan aplicables a estos supuestos las cláusulas de Omisiones o Inexactas Declaraciones y de Indisputabilidad, salvo que la suma asegurada solicitada sea superior a la máxima establecida sin requisitos médicos.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo 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.

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.

Primas - El contratante pagará a la Aseguradora la prima de forma anticipada por todo el periodo de cobertura, sin embargo, los Asegurados pagarán al Contratante su prima correspondiente en parcialidades. Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término convenido en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de los certificados individuales no pagados cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este párrafo.

Renovación Automática – La cobertura de cada Asegurado se renovará de forma automática por un plazo de igual duración al originalmente contratado, **en las mismas condiciones en que fue contratada**, siempre y cuando las condiciones de riesgo manifestadas en la solicitud se mantengan y se reúnan los siguientes requisitos:

1. Que derivado del contrato de crédito que le da origen a este seguro, el Asegurado tenga saldo deudor a su cargo, y



2. Que el Contratante reporte la existencia de dicho saldo deudor en el registro de Asegurados del periodo correspondiente, y
3. Que el Asegurado este dentro de los límites de Edades de Aceptación establecidos por la Aseguradora

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

El Asegurado podrá solicitar un ejemplar de las condiciones generales al Contratante o acceder a ellas a través de la siguiente página electrónica www.segurosazteca.com

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de marzo de 2010, con el número CNSF-S0098-0121-2010/CONDUSEF-002758-01

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

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col. Tlalpan la Joya C.P. 14000 Ciudad de México.
Ciudad de México y zona metropolitana 1720 9854
Interior de la República (01800) 810 8181