

I. DEFINICIONES

Aseguradora

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

Contratante

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato 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.

Asegurado Titular

Es cada miembro del Grupo que representa a sus dependientes asegurados.

Asegurado

Es el Asegurado Titular y cada uno de sus dependientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora, y que a solicitud del Asegurado Titular han quedado amparados bajo esta póliza.

Elegibilidad

Son los Requisitos que deberán cumplir las personas para ser incluidas en el seguro.

Podrán asegurarse a las personas cuya edad se encuentre entre 18 y 65 años, y a sus dependientes.

Se consideran como dependientes del Asegurado Titular a las siguientes personas:

- Su cónyuge, si su edad se encuentra entre 18 y 65 años
- Sus hijos y los de su cónyuge, cuyas edades se encuentren entre 1 y 23 años.

En caso de que así se contrate, los hijos del Asegurado Titular que nazcan durante el plazo de seguro, quedarán asegurados a partir de que cumplan un año de edad y hasta el término del plazo de seguro contratado. El Titular deberá comunicar por escrito a la Aseguradora los nacimientos ocurridos, dentro de los 60 días siguientes a la fecha del evento, después de este plazo, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar nuevas pruebas de aseguramiento para determinar la aceptación.

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.

Endoso

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

II. GENERALIDADES

Objeto

De conformidad con las condiciones generales de esta póliza, la Aseguradora se obliga a brindar a las personas que forman el Grupo la protección sobre la vida de las mismas y en su caso, de así contratarse, por los beneficios adicionales amparados en el certificado individual de seguro.

Contrato

La póliza, la solicitud de seguro, el registro de asegurados, los certificados/consentimientos individuales (en adelante certificado), 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 para el 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 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.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que cuenta la Aseguradora o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la 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.

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 al Grupo, 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.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora.

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.

Interés Moratorio

Si la Aseguradora no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Beneficiarios

Los beneficiarios del Asegurado Titular y sus dependientes, se designan observando las siguientes reglas:

En caso de fallecimiento de alguno de los dependientes asegurados, el importe de la suma asegurada se pagará al Asegurado Titular y a falta de éste se pagará al cónyuge asegurado, y a falta de ambos a la sucesión del dependiente fallecido.

En caso de fallecimiento del cónyuge asegurado, el importe de la suma asegurada se pagará al Asegurado Titular y a falta de éste se pagará al mayor de los hijos del cónyuge asegurado, siempre y cuando dicho hijo tenga la mayoría de edad, y a falta de cualquiera de ellos a la sucesión del cónyuge asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el importe de la suma asegurada se pagará al cónyuge asegurado y a falta de éste se pagará al mayor de los hijos del Asegurado Titular, siempre y cuando dicho hijo tenga la mayoría de edad. A falta de cónyuge asegurado y de hijos asegurados mayores de edad el importe de la suma asegurada se pagará a la sucesión del Asegurado Titular.

El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier tiempo, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora.

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

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 a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por ésta; pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva de riesgos en curso que corresponda al certificado individual en la fecha de su rescisión.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 162 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) 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 a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza.
- b) Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir contra los beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) 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 a la fecha a partir de la cual quede amparado bajo esta póliza. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, la Aseguradora descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado en el último aniversario del certificado individual.

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.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha a partir de la cual el Asegurado quede amparado bajo esta póliza.

Edades de Aceptación

Titular y cónyuge - La edad mínima de aceptación será de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación y de renovación será de 65 años, quienes mantendrán vigente su seguro hasta el fin del plazo del mismo.

Hijos - La edad mínima de aceptación será de 1 año, mientras que la edad máxima de aceptación será de 23 años, quienes mantendrán vigente su seguro hasta el fin del plazo del mismo.

Suma Asegurada

Para cada Asegurado la Suma Asegurada es la que se indica en el Certificado de seguro, en el entendido que nunca podrá ser mayor de 60 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes en el Distrito Federal.

Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua del seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del mismo, la Aseguradora únicamente devolverá la reserva matemática que corresponda.

III. VIGENCIA DEL CONTRATO

Vigencia del Contrato

El presente Contrato permanecerá vigente en tanto existan certificados individuales en vigor.

Plazo del Seguro

El plazo de este seguro será el indicado en el certificado individual correspondiente.

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:

- En caso de que no existan certificados individuales en vigor, y el Contratante decida darlo por terminado, previa notificación por escrito a la Aseguradora, con 30 días de anticipación a la fecha en que pretenda cancelarlo.
- A falta de pago de primas.
- 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

- Por cualquiera de las causas que se mencionan en la cláusula de Cancelación del Contrato.
- A petición del Contratante, por falta de pago de las parcialidades del Asegurado al Contratante.
- A petición del Asegurado.
- Al término del plazo de seguro indicado en el certificado individual, en caso de que no haya sido renovado.

Renovación del Certificado

Se tendrá derecho a la renovación del certificado por uno o más plazos de seguro iguales al originalmente contratado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando el Asegurado Titular y sus dependientes sean elegibles en los términos del presente Contrato.

Dicha renovación se llevará a cabo 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 las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del Contrato.

Dicha renovación deberá solicitarse por escrito a esta Aseguradora antes de que termine el plazo del seguro contratado.

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 pago de la prima correspondiente a la renovación se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

IV. PROCEDIMIENTOS

Rehabilitación

En caso de que por falta de pago de primas, el Contrato o los certificados emitidos durante su vigencia hubieran quedado sin efectos, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Hacer una solicitud por escrito a la Aseguradora.
- Comprobar a su costa y a satisfacción de la Aseguradora, que los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general, a la fecha de su solicitud.

El Contrato o los certificados se considerarán rehabilitados cuando la Aseguradora de a conocer al Contratante por escrito su aceptación.

Los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y la hora y el día en que surte efectos la rehabilitación. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito se conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y en su caso devolverá de inmediato a prorrata

la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

En ningún caso, la Aseguradora responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y la hora y el día de pago a que se refiere esta cláusula.

Si la rehabilitación es solicitada en un período mayor a 30 días contados a partir de la fecha de cancelación, ésta NO se llevará a cabo, no obstante, el Contratante estará en posibilidad de contratar un nuevo Contrato.

Obligaciones del Contratante

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

- Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos al Grupo, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, remitiendo para tal efecto el registro de asegurados correspondiente y de ser necesario, los consentimientos respectivos, debiendo de pagar la prima que corresponda.

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.

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.

- Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación, indicando la fecha respectiva de separación, para que sean dados de baja del Seguro.
- Dar aviso a la Aseguradora dentro del término de 15 días naturales, 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 y, de ser necesario, remitir los nuevos consentimientos de los Asegurados. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

Bajas

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, según proceda, que contendrá los siguientes datos:

- Nombre completo, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los miembros del Grupo.
- Suma asegurada o regla para determinarla.
- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del Grupo y fecha de terminación de los mismos.
- Operación y plan de seguros de que se trate.
- Número del certificado individual.
- Coberturas amparadas.

Primas

La prima de cada certificado se determinará con base en la estructura familiar y la suma asegurada contratada.

El Contratante pagará a la Aseguradora la prima de forma anticipada por todo el periodo de cobertura, sin embargo, los Asegurados podrán pagar 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.

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 de los certificados individuales no pagados cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Una vez transcurrido el término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima sin que se haya pagado la prima, el certificado individual correspondiente quedará sin ningún valor, pudiendo sin embargo, rehabilitarse en términos de la cláusula correspondiente.

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 naturales siguientes a la fecha en que se notifique su negativa a la cesión. La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

V. 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 darlo tan pronto cese uno u otro y de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Pruebas

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 de cualquier Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Pago de Indemnización

Los últimos beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este Contrato.

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 que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente.

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

Deducciones

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

VI. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS

Cobertura Básica - Indemnización por Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante el plazo de seguro contratado, la Aseguradora pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo, las coberturas concluirán sin obligación para la Aseguradora.

VII. SERVICIO DE ASISTENCIA – COORDINACION FUNERARIA

Este producto incluye Servicio de Coordinación Funeraria que consiste en lo siguiente:

- Coordinación y pago de los honorarios del gestor para llevar a cabo los trámites legales para la acreditación del fallecimiento ante la institución oficial del lugar donde se haya reportado o sucedido el fallecimiento en caso de muerte accidental. El costo de los documentos será a cargo del beneficiario.
- Coordinación del envío y pago de los honorarios del médico que expedirá el certificado de defunción cuando se trate de muerte natural o accidental.
- Gestoría o asesoría legal gratuita para ayudar al beneficiario en el trámite del acta de defunción y derechos gubernamentales. El costo de los documentos correrá a cargo del beneficiario.

Servicios con precios preferenciales. En estos casos, el beneficiario deberá cubrir el costo directamente al proveedor en el momento de prestarse el servicio.

- Traslado del cuerpo dentro de la ciudad del fallecimiento al lugar de velación (funeraria o domicilio).
- Traslado del cuerpo de una ciudad a otra. Si el beneficiario decide que el fallecido requiera el traslado terrestre de una ciudad diferente a la que falleció, se cotizará en el momento por kilometraje más la estadía del cuerpo en la funeraria de la ciudad destino que se

traslade, asimismo se gestionarán los permisos de traslado correspondientes.

3. Paquete funerario que incluye:
 - Ataúd metálico
 - Urna para cenizas
 - Arreglo estético del cuerpo
 - Capilla ardiente
 - Cremación o inhumación a elección de los familiares
4. Traslado terrestre del cuerpo de la funeraria al panteón o al crematorio.

Estos servicios se proporcionarán únicamente en la República Mexicana.

El beneficiario deberá presentarse ante la autoridad competente para dar fe del fallecimiento del Asegurado.

Exclusiones del Servicio de Asistencia
No se pagará, ni se reembolsará en ningún caso: dádivas, gratificaciones, gastos de copias, ni cualquier otro concepto que no esté contemplado en estas condiciones generales.

Para recibir el Servicio de Asistencia, el beneficiario puede comunicarse a Línea Seguros Azteca al 1720 9854 desde el D.F. y zona metropolitana o al (01800) 810 8181 desde el Interior de la República, las 24 horas del día los 365 días al año.

Nota Importante: El que el beneficiario reciba el Servicio de Asistencia, no implica que proceda el pago de la Indemnización por Fallecimiento del Asegurado, ya que éste se determina de forma independiente, de conformidad con las definiciones y requisitos establecidos en estas condiciones generales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0098-0090-2010 de fecha 16 de Marzo de 2010

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

Insurgentes Sur # 3579, torre 3, piso 1, Col. Tlalpan la Joya C.P. 14000 México D.F.

D.F. y zona metropolitana 1720 9854

Interior de la República (01800) 810 8181

www.segurosazteca.com