



**MiSeguro
Sofimex**



SOFIMEX

Grupo Deudor Condiciones Generales

Contenido

I.	Objeto del Seguro	3	10.Cláusula general OFAC	6
II.	Definiciones Generales	3	11.Vigencia del contrato	6
	1.Asegurado	3	12.Periodo de gracia	6
	2.Beneficiario	3	13.Rehabilitación	6
	3.Certificado individual	3	14.Renovación	7
	4.Compañía		15.Omisiones o declaraciones inexactas	7
	5.Consentimiento	3	16. Disputabilidad	7
	6.Contratante	3	17.Carencia de restricciones	7
	7.Endoso	3	18.Obligaciones del Contratante	7
	8.Enfermedad Preexistente	3	19.Cambio de Contratante	8
	9.Grupo Asegurable	4	1. 20.Ingreso de asegurados	8
	10.Grupo Deudor	4	21.Alta de asegurados	8
	11.Inicio de Cobertura	4	22.Baja de asegurados	9
	12.Integrante	4	23.Edad	9
	13.Siniestro	4	24.Prima	9
	14.Suma Asegurada	4	25.Pago de prima	10
	15.SAMI	4	26.Tipo de administración	10
	16.Subgrupo	4	27.Beneficiarios	10
	17.Vigencia	4	28.Aviso	10
III.	Cláusulas Generales	5	29.Pago de suma asegurada	10
	1.Contrato	5	30.Pruebas	11
	2.Créditos que no cubre esta póliza	5	31.Pagos improcedentes	11
	3.Corrección o rectificación de la póliza	5	32.Suicidio	11
	4.Modificaciones	5	33.Interés moratorio	11
	5.Comunicaciones	5	34.Prescripción	12
	6.Moneda	5	35.Agravación del Riesgo	12
	7.Competencia	5	IV. Cobertura Básica	12
	8.Notificación de comisiones	6	V. Cobertura de Pago por invalidez total y permanente	13
	9.Prelación	6	VI. Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal	15
			VII. Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario	17
			VIII. Servicios de Asistencia	18
			1.Asistencia Médica	18
			2.Asistencia Funeraria	18



I) Objeto del Seguro

El objeto de este contrato es garantizar al Contratante del seguro, de acuerdo con la definición y/o regla particular de suma asegurada, el pago del importe del adeudo que tengan los asegurados deudores, en el momento de fallecimiento o de invalidez total y permanente. En caso de tener la cobertura contratada, contar con la protección contra la falta del pago periódico del adeudo hasta el número máximo de pagos, si el Deudor llega a ubicarse en un estado de desempleo involuntario o incapacidad total temporal, de acuerdo con lo establecido en cada una de estas coberturas.

II) Definiciones Generales

Para efectos de este contrato se entiende por:

1. Asegurado

Son las personas que siendo deudores del Contratante en virtud de un contrato de crédito y que habiendo firmado el consentimiento respectivo cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

2. Beneficiario

Persona física o moral designada por el asegurado como titular de los derechos respecto de los beneficios otorgados por las coberturas contratadas. En este caso, el Contratante es el beneficiario preferente e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del adeudo al ocurrir el fallecimiento, o en su caso la invalidez o desempleo del Deudor, de acuerdo a las coberturas contratadas. El Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo del adeudo derivado del contrato de crédito que tenga celebrado con el Asegurado.

3. Certificado Individual

Documento emitido por la Compañía en el que constan los datos que identifican a cada Asegurado, las coberturas otorgadas, sumas aseguradas, beneficiarios designados y la inclusión, de ser el caso, de endosos.

4. Compañía

Seguros SOFIMEX

5. Consentimiento

Documento mediante el cual el integrante del Grupo acepta su inclusión como asegurado y designa a sus beneficiarios y establece su suma asegurada.

6. Contratante

Persona física o moral que celebra este contrato de Seguro de Grupo y a cargo de la cual se establece la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del grupo o colectividad asegurada.

7. Endoso

Documento que modifica la póliza y forma parte de ésta.

8. Enfermedad Preexistente

Aquella que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- Se haya declarado su existencia, o
- El asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- Que sean comprobables mediante la existencia de un resumen 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, o
- Que por sus síntomas y signos no puedan pasar inadvertidos. Entendiéndose por signos a cada una de



MiSeguro Sofimex

las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y por síntomas al fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

9. Grupo Asegurable

Conjunto de personas que perteneciendo al Grupo deudor, hayan otorgado su consentimiento, sean aceptados en la póliza por la Compañía y aparezcan en el registro de asegurados.

10. Grupo Deudor

Conjunto de personas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito mediante un contrato.

11. Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el asegurado o beneficiario tiene derecho a los beneficios del contrato de seguro.

12. Integrante

Cualquier persona que forme parte del Grupo asegurado.

13. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista en el contrato que da origen al pago de la indemnización que corresponda a cargo de la Compañía.

14. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía convenido para cada una de las coberturas contratadas.

15. SAMI

Suma Asegurada Máxima sin requisitos que se concede a cada asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro. En caso de solicitar una suma asegurada mayor al SAMI, la Compañía podrá solicitar el llenado de cuestionarios Médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la compañía considere necesario para la selección del riesgo.

16. Subgrupo

División del Grupo Asegurado para clasificar a sus integrantes de acuerdo a las reglas de suma asegurada y/o Coberturas.

17. Vigencia

Periodo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.



III) Cláusulas Generales

1. Contrato

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados correspondiente, los consentimientos, los certificados individuales, las cláusulas y los endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2. Créditos que no cubre esta póliza

Se considerarán excluidos de la presente póliza:

- a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.
- b) Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- c) Los créditos en los que el periodo entre cada pago sea mayor de un año.

3. Corrección o 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 30 días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

4. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se harán constar mediante endosos o cláusulas registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como lo previene el Artículo 19 de la Ley Sobre el contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

5. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deben dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba efectuar a los Asegurados o a sus Beneficiarios, son válidos si se dirigen al último domicilio que de ellos conozca la Compañía.

6. Moneda

Todos los pagos a que este contrato se refiere son realizados en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen.

7. Competencia

En caso de controversia, el reclamante puede hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.



8. Notificación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar por escrito a la Compañía 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 Compañía proporcionará esta 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.

9. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en la póliza, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

10. Cláusula general OFAC

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (Narcotráfico), encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con los que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el Contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

EXCLUSIÓN

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier

país del mundo, con que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar

11. Vigencia del Contrato

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro indicado en la carátula de la póliza. La vigencia de la cobertura del seguro para cada asegurado será la especificada en el certificado respectivo.

12. Periodo de Gracia

La prima vence al inicio de cada periodo de seguro pactado, a partir de este vencimiento, el Contratante goza de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total del importe del primer recibo de pago; transcurrido este plazo, si no ha sido efectuado, los efectos del seguro cesan automáticamente. En caso de

las fracciones subsecuentes en el caso de pago en parcialidades, el periodo de gracia de la prima será de 15 días naturales. En caso de ocurrir algún siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la

indemnización, la prima total adeudada para el período en curso, correspondiente al asegurado de que se trate.

13. Rehabilitación

Si el contrato de seguro amparado por esta póliza hubiera dejado de estar en vigor, la Compañía puede rehabilitarlo si se satisface lo siguiente:

- a) Que el Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la Compañía.



- b) Que los integrantes del grupo o colectividad presenten las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía.

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las dos modalidades:

a) Conservando la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro, mediante el pago de las primas vencidas que se encuentren pendientes de pago hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la póliza haya estado en vigor por un plazo mayor a tres meses.

b) Cambiando la fecha de inicio de la vigencia del contrato de seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la prima correspondiente a las edades alcanzadas por los integrantes del grupo o colectividad en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha de cancelación de la vigencia inmediata anterior.

14. Renovación

La Compañía puede renovar este contrato de seguro, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratado, 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. En cada renovación se aplican las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

15. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo establecido por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo a los formularios que se le requieran, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta obligación también es aplicable a los asegurados que se incorporen al Grupo asegurado con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza y no hayan firmado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, o bien, a aquellos cuya suma asegurada sea mayor a la máxima sin requisitos (SAMI).

16. Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de su vigencia, siempre es disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo o colectividad asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, es también de un año, que se cuenta a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato.

17. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afecta por razones de residencia, viajes y género de vida de los asegurados.

18. Obligaciones del Contratante

El Contratante del seguro asume las siguientes responsabilidades:

a) Contar y custodiar el consentimiento por escrito firmado de cada uno de los integrantes del Grupo o Colectividad, previo a su incorporación a dicho grupo o colectividad, antes de la celebración del contrato. El consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:

- I. Nombre completo.
- II. Edad o fecha de nacimiento.
- III. Sumas aseguradas o reglas para determinarlas.
- IV. Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.



- b) Integrar y conservar el expediente de identificación del asegurado en los términos establecidos por la Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con los datos y documentos que la aseguradora le dé a conocer y mantenerlos a disposición de la misma para su consulta, obligándose a proporcionarlos oportunamente a la Compañía cuando ésta se los requiera sea para sí o para dar cumplimiento a cualquier requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- c) Conservar los expedientes de los asegurados que sean trabajadores o personal, cuando dejen de prestar sus servicios para el Contratante, así como en el caso de que concluya la relación entre éste y la Compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales de cada uno de los integrantes del Grupo asegurado junto con las principales cláusulas y coberturas del contrato, o en su defecto, poner en conocimiento de los asegurados la información prevista en el inciso a) anterior.
- e) Comunicar a la Compañía del ingreso de integrantes nuevos, recabando los Consentimientos respectivos, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de ingreso.
- f) Comunicar a la Compañía de la separación definitiva de integrantes del grupo o colectividad asegurada, dentro de los 30 días siguientes a su fecha de separación.
- g) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. En caso de nuevas sumas aseguradas, éstas entran en vigor desde la fecha de cambio y el pago o devolución de primas se realiza de acuerdo con la forma de pago de la prima.

19. Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía puede rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo o colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminan treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsa 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.

20. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente contrato, quedan aseguradas las personas a las cuales el Contratante les ha otorgado un crédito mediante un contrato, cuya edad se encuentre dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, las cuales se indican en la carátula de la misma. Con posterioridad a la celebración de este contrato, no pueden ingresar las personas cuya edad se encuentre fuera de las edades de admisión establecidas para esta póliza.

21. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurada 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, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad.

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

22. Baja de Asegurados

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado por terminación del contrato de crédito con el Contratante por traspaso o liquidación el adeudo, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

En este caso, la Compañía restituye la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán asegurados hasta el siguiente aniversario del Seguro en curso.

23. Edad

Las edades declaradas por los integrantes del grupo o colectividad asegurada deben comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía, la cual en ese momento hace la anotación en el certificado respectivo y no puede exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no puede rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración se encontrare fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, se devolverá la prima neta no devengada existente en la fecha de la rescisión, a quienes hayan realizado el pago de la prima en la proporción que les corresponda.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un integrante del Grupo o Colectividad, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real y dicha edad se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, el seguro continúa en vigor con la misma suma asegurada, pero quienes aportan al pago de la prima están obligados a pagar a la Compañía, en la proporción que corresponda, la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real por el periodo que falte hasta el vencimiento del Contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Compañía reembolsa a quienes la aportan al pago de la prima en la proporción que corresponda, la diferencia entre las primas correspondientes a las dos edades, reduciéndose las primas conforme a la edad real por el periodo que falte hasta el vencimiento.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de las edades de admisión establecidas para esta póliza, la Compañía paga 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 de la póliza.

24. Prima

La prima total del Grupo o Colectividad, así como las primas que corresponden a cada integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo o Colectividad asegurada, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.



En cada fecha de vencimiento del contrato, la Compañía puede calcular para cada cobertura, la prima promedio por millar de suma asegurada que se aplica en la renovación. La prima promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la suma asegurada total al millar.

A cada integrante del grupo o colectividad que ingrese en la fecha posterior al aniversario del contrato, se le aplica la prima promedio por días exactos.

25. Pago de Prima

Salvo convenio en contrario, si la vigencia de este contrato es por un año, la forma de pago de la Prima es anual. Para temporalidad menor a un año, la forma de pago es única para el periodo que corresponda.

A petición escrita del contratante, presentando en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a una de periodicidad menor. Si el contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vence al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado, que sea pactada.

Los pagos de Prima podrán efectuarse de las siguientes maneras: mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, pago referenciado en bancos, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios donde aparezca el cargo de Prima servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del contratante o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

26. Tipo de Administración

El Contratante puede optar por dos formas de administración de la póliza:

- a) Auto-administradas: en este tipo, el Contratante se compromete a administrar los documentos del contrato, a dar aviso de las altas y las bajas a la Compañía y a pagar el ajuste de primas que corresponda al final de la vigencia. El Contratante deberá mandar al final de la vigencia un listado actualizado con los integrantes del Grupo y su suma asegurada para el cálculo del Ajuste de Prima. En caso de resultar un saldo a favor de la Compañía, el Contratante cuenta con un periodo de 30 días para el pago del mismo, en caso contrario, la Compañía hará la devolución de las primas correspondientes dentro del mismo plazo de 30 días.
- b) Declaración Según forma de Pago: en este caso el Contratante se compromete a enviar por lo menos una vez cada periodo, las altas y las bajas de los asegurados y las primas se calcularán de acuerdo al reporte que se haga en el periodo. En caso de que el Contratante no envíe el listado actualizado dentro del periodo correspondiente se considera que no hubo movimientos de altas o bajas.

27. Beneficiarios

El Contratante es el beneficiario preferente irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del saldo del crédito otorgado a sus deudores, al ocurrir el fallecimiento, o en su caso la invalidez de dichos deudores, según las condiciones contratadas en cada una de las pólizas.

El Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto del crédito otorgado a los asegurados, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Cuando exista un remanente de suma asegurada, éste será pagado al Deudor Asegurado o en su caso a los beneficiarios que éste hubiere designado y en su defecto, a su sucesión.

Advertencia. En el caso de que 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 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.

28. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en los que deberá darse dicho aviso tan pronto como cese uno u otro.

29. Pago de suma asegurada

La Compañía pagará al beneficiario preferente la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a que reciba toda la documentación y la información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

El Deudor Asegurado o en su caso sus causahabientes, tendrán derecho a exigir a la Compañía el pago del seguro hasta por el saldo insoluto del crédito más sus accesorios al beneficiario Preferente (Contratante).

30. Pruebas

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, 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 dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

31. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía.

32. Suicidio

En caso de suicidio del asegurado ocurrido dentro del primer año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado individual o de la fecha de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

33. Interés moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación derivada del Contrato, se obliga a pagar una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en Moneda Nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha de su exigibilidad legal, y su pago se hará en Moneda Nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

La Institución deberá pagar un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por el 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en Moneda Extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculara aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominado en dólares de los Estados Unidos de América, de las Instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por el



Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de interés moratorio a que aluden los incisos a) y b), el mismo se computara multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

En todos los demás casos, los intereses moratorios se generarán por día desde aquel en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

Lo anterior, en virtud del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, explicado previamente en la presente Cláusula, así como del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que se transcribe a continuación:

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

34. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

35. Agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza

o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera

proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.



Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

IV. Cobertura Básica

Si durante el plazo del seguro, ocurre el fallecimiento del Deudor asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario Preferente la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada en la carátula de la póliza y conforme a las condiciones generales del plan. Si el asegurado sobrevive al final de dicho plazo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Co- Acreditado estipulado dentro del contrato del asegurado con el Contratante. Lo cual significa que el beneficio operará ante el fallecimiento del Deudor principal (Asegurado) o del Co acreditado, el que ocurra primero.

V. Cobertura de Pago por Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Si el asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada de esta cobertura al Beneficiario Preferente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y a partir de la fecha en que se diagnostique la invalidez total y permanente, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Co-Acreditado estipulado dentro del contrato del asegurado con el Contratante. Lo cual significa que el beneficio operará ante la invalidez del Deudor principal (Asegurado) o del Co-acreditado, el que ocurra primero.

a) Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, se considera 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 a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un periodo no menor a seis meses, y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, no sean accesibles para el Asegurado.

También se considera invalidez total y permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de la presente cobertura se entiende por pérdida de:

- a) Una mano, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Un pie, su anquilosamiento o su amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación, desde la articulación tibiotarariana o arriba de ella.



- c) Un dedo, su anquilosamiento, o amputación quirúrgica o traumática, así como su desprendimiento o separación de cuando menos dos falanges completas.
- d) La vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

El pago de la suma asegurada se realiza después de que haya transcurrido el periodo de espera indicado en la carátula, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El periodo de espera no opera en caso de que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

2. Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para tener derecho a la indemnización por invalidez total y permanente, el asegurado debe presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que debe consignar todos

los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de todas las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener para comprobar el estado de invalidez total y permanente.

La Compañía tiene derecho de comprobar, a su costa, cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de invalidez total y permanente.

A efecto de comprobar el estado de invalidez, el asegurado debe, además de lo señalado anteriormente, presentar a la Compañía el diagnóstico de invalidez total y permanente definitivo avalado por un dictamen de una Institución de Seguridad Social a la cual pertenezca el Asegurado. En caso de no estar inscrito a una Institución de Seguridad Social, el asegurado deberá presentar un dictamen de un médico con cédula profesional con Especialidad de Medicina del Trabajo y/o especialista en la materia, así

como todos los exámenes, análisis, y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez, los cuales son evaluados por un médico especialista designado por la Compañía, a fin de determinar la procedencia del pago de la indemnización. En estos casos el periodo de espera obligatorio es de 6 meses a partir de la fecha en la que se haya dado el dictamen después de los cuales deberá comprobar que sigue incapacitado.

3. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Seguros SOFIMEX, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea 70 años.

4. Prima

La Compañía otorga esta cobertura con la obligación de pago de la prima adicional que corresponda.

5. Exclusiones

Esta cobertura no se concede cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- e) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una Compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- g) Accidentes que ocurran durante la participación del asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.



- h) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- i) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- j) Radiaciones ionizantes.
- k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.
- l) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- m) Enfermedades preexistentes. Esta cobertura no se concede a los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni tampoco a enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

6. Acuerdo de Arbitraje

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establece por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vincula a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir es liquidado por la Compañía.

VI. Cobertura Adicional de Incapacidad Total Temporal

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

La Compañía conviene en pagar al Contratante, si el Deudor asegurado queda incapacitado temporalmente, a causa de enfermedad o accidente, de acuerdo con la definición señalada para esta cobertura y después de 30 días a partir de la fecha en que se diagnostique la incapacidad, las rentas mensuales establecidas en la carátula de la póliza y/o en el respectivo certificado, correspondientes al Deudor asegurado, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación.

En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza y/o en el respectivo certificado, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Co-Acreditado estipulado dentro del contrato del asegurado con el Contratante.

1. Definición del estado de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente Se entenderá por Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente la pérdida parcial o total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a desempeñar su trabajo habitual de manera temporal.
2. Comprobación del estado de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente Para tener derecho a la indemnización por Incapacidad Total Temporal, el Deudor asegurado deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Compañía, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, acompañadas de un certificado médico



mensual, debidamente requisitado y firmado por el médico especialista respectivo que ampare la duración de la incapacidad durante el plazo del cual se está haciendo la reclamación.

La Compañía tendrá derecho, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionada con la reclamación o con las pruebas aportadas para comprobar el estado de Incapacidad Temporal.

A fin de determinar el estado de Incapacidad Temporal, los Deudores asegurados que se encuentren afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), deberán presentar ante la Compañía, además de los documentos a que se refiere la presente cláusula, el Dictamen de Invalidez Total Temporal proporcionado por dicho instituto. En caso de que el Deudor asegurado no sea derechohabiente del IMSS, deberá presentar a la Compañía el diagnóstico de Incapacidad emitido por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, debiendo presentar también todos los análisis, exámenes y documentos que sirvieron de base para la determinación del estado de Incapacidad Temporal.

3. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Seguros de Seguros SOFIMEX, , en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea 70 años.

4. Exclusiones

Esta cobertura no se concede cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- e) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una Compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- g) Accidentes que ocurran durante la participación del asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- h) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- i) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- j) Radiaciones ionizantes.
- k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del Siniestro.
- l) Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- m) Enfermedades preexistentes. Esta cobertura no se concede a los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni tampoco a enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

VII) Cobertura Adicional de Desempleo Involuntario

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.



En caso de que así se especifique en la carátula de la póliza y/o en el certificado respectivo, esta cobertura podrá ser mancomunada con el Co-Acreditado estipulado dentro del contrato del asegurado con el Contratante.

1. Beneficio

La Compañía paga al Beneficiario Preferente la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza y en el certificado respectivo si el asegurado es desempleado de forma involuntaria y deja de percibir el ingreso económico de la empresa en la que labora al momento del desempleo, siempre que se haya contratado esta cobertura.

2. Definición

Para todos los efectos de esta cobertura, se entiende por desempleo involuntario el estado involuntario de inactividad económica, sin recibir dinero alguno como contraprestación por un trabajo personal originado por la desvinculación laboral debido a causas no imputables al Asegurado.

3. Elegibilidad

Son elegibles para esta cobertura sólo las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura se encuentren empleados de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo), y trabajen para una empresa que se encuentre inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes.

4. Periodo de Indemnización

Si el asegurado queda desempleado de forma involuntaria durante la vigencia de esta cobertura, y permanece desempleado por un periodo que exceda el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza, la Compañía paga el beneficio por cada mes que el asegurado permanezca desempleado sin exceder el número de pagos máximo especificado en la carátula de la póliza y/o en el certificado respectivo.

5. Periodo de Espera

Se define como periodo de espera al periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, en el cual el asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará en el caso de persistir el desempleo al concluir el periodo de espera indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual, en tanto se continúe con el desempleo hasta agotar el número de pagos estipulado en la misma carátula de la póliza.

6. Exclusiones

Esta cobertura no ampara el Desempleo Involuntario que resulte como consecuencia de:

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.
- b) Pérdida voluntaria del trabajo, renuncia, retiro voluntario o terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo.
- c) Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del Asegurado.
- d) Por la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- e) Ser trabajadores comerciantes, profesionistas que laboren de forma independiente y se encuentren percibiendo un ingreso.
- f) Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín o catástrofe nuclear.
- g) Desempleo cuando el asegurado hubiera tenido conocimiento de que éste se produciría dentro los noventa días posteriores al inicio de vigencia de la póliza.
- h) Fallecimiento del Asegurado.
- i) Esta cobertura queda sin efecto, si con posterioridad al desempleo del Asegurado, se descubre que su edad en la fecha de inicio de vigencia se encontraba fuera de las edades de admisión; en este caso la obligación de la Compañía se limita a reembolsar el importe de la prima pagada del Certificado en vigor quedando cancelado el seguro.

7. Requisitos para el Pago de Reclamación



En el momento que se tenga conocimiento del desempleo y una vez recabada la documentación correspondiente, se debe contactar al Contratante para que ésta a su vez presente la reclamación a la Compañía.

Se deben presentar los siguientes documentos:

- a) Solicitud de pago de indemnización de la cobertura de desempleo involuntario
- b) Original y copia de los últimos tres recibos de nómina.
- c) Los siguientes documentos en original y/o copia según se indique:
 - i) Original y copia del contrato de trabajo.
 - ii) Original del finiquito o carta con membrete del empleador donde se indique motivo y fecha de la terminación laboral.
 - iii) Copia de la baja del IMSS o ISSSTE.
- d) En caso de no contar con alguno de los documentos indicados en el inciso c), cualquier otro documento que le permita acreditar la baja como trabajador en la empresa donde laboraba.
- e) Copia de identificación oficial.

8. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Seguros SOFIMEX, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea 70 años.

9. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.

VII. Servicios de Asistencia

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

Los servicios de asistencia son proporcionados por un tercero y aplican únicamente en territorio nacional. El asegurado podrá recibir estos servicios comunicándose al teléfono que aparece en el certificado.

El proveedor de estos servicios podrá actualizar los descuentos, servicios prestados y precios preferenciales.

A continuación, se describen los servicios que se pueden ofrecer, los cuales deberán estar especificados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

1. Asistencia Médica

a. Traslado Médico Terrestre de Emergencia

Si el asegurado sufre un accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del prestador de servicios, en contacto con el médico que los atienda, recomiende su hospitalización, se organizará y cubrirá el costo del traslado del asegurado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado, bajo supervisión médica.

Este traslado se otorgará como máximo dos veces por cada aniversario de la póliza. En caso de requerirse traslados adicionales, el asegurado deberá cubrir los gastos a precios preferenciales.

b. Médico a Domicilio

Se facilitarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico general en las principales ciudades de la República Mexicana.

Este servicio se coordinará sin límite de eventos con un costo preferencial para el Asegurado.



c. Orientación Médica Telefónica

El equipo médico del prestador de servicios orientará al asegurado en su país de residencia sobre las medidas que se deberán tomar en caso de emergencia, además de segundas opiniones e interpretación de resultados de laboratorios.

A solicitud del Asegurado, se facilitarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea mediante la visita a domicilio de un médico o concertando una cita en el consultorio, en ambos casos, con costo preferencial para el Asegurado.

También, se otorgará información relacionada con hospitales, farmacias, clínicas, laboratorios, médicos especialistas, enfermeras, ópticas, casas de ortopedia, etc.

d. Referencias Médicas

A solicitud del Asegurado, se proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de atención de las clínicas, hospitales, laboratorios, doctores generales o de especialidad, que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación.

2. Asistencia Funeraria

a. Asistencia Legal Funeraria

Se enviará a uno de los abogados de la red para asesorar y ayudar a los deudos a realizar los trámites legales que procedan relacionados con el servicio funerario, tales como:

- Asistencia para obtener el Certificado de Defunción de la Secretaría de Salud.
- Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- Dispensa de la necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permitan.
- Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- Notificación a acreedores para la liberación de deudas.

En caso de muerte violenta y a petición de los deudos, se realizarán ante el Ministerio Público y el médico forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del Beneficiario, y en su caso la demanda inicial en contra del responsable.

b. Servicio de Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, el prestador de servicios a través de su red de proveedores realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo todos los trámites legales y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos al entierro de los restos en el lugar donde se haya efectuado el deceso.

Se cubrirán dichos servicios por un monto máximo de cobertura de hasta \$16,000. Cualquier excedente deberá ser cubierto por los familiares del difunto en pago por anticipado al proveedor.

La asignación de funeraria se hará en función al domicilio del asegurado o en función a los requerimientos de los familiares del difunto.

Los servicios funerarios serán brindados, exclusivamente por proveedores calificados de la red del proveedor de servicios con los que cuenta la Compañía a Nivel Nacional.

Todos los conceptos están sujetos a disponibilidad y a la legislación del Estado.

Se brindará el servicio funerario en caso de fallecimiento que incluye:

- Traslado a la Agencia Funeraria.
- Estética y embalsamado.
- Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- Carroza fúnebre.



MiSeguro Sofimex

- Autobús de acompañamiento.
- Ataúd metálico.
- Cremación y urna para cenizas.
- Red de descuentos con agencias funerarias.
- Gestión de servicios adicionales como envío de flores, servicio de café y esquelas.

3. Cancelación Automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Seguros SOFIMEX, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del asegurado sea 66 años.

4. Primas

Esta cobertura se otorga mediante el pago de las primas adicionales correspondientes.



Anexo Artículos Citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8 "El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

Artículo 9 "Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."

Artículo 10 "Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."

Artículo 19 "Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21."

Artículo 25 "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 47 "Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro."

Artículo 71 "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación."

Artículo 82 "El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el 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.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 276 "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;



- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- Los intereses moratorios;
 - La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - La obligación principal.
- En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
- Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.



En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

Artículo 277

"En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo."

Artículo 492

"Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a



que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente. Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes."



Artículo 50Bis

"Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar."

Artículo 68

"La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.
La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información."

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Artículo 7

"Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de Asegurados, podrán contribuir al pago de la Prima en los términos en que se haya establecido en la Póliza."

Artículo 8



"El otorgamiento de dividendos por siniestralidad favorable en los seguros de Grupo y en los seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y

b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;

b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y

c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;

VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y

Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual."



"Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

- I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador.
- II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, o en contra de clientes y proveedores del patrón, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;
- III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;
- IV. Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;
- V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;
- VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;
- VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;
- VIII. Cometer el trabajador actos inmorales o de ostigamiento y/o acoso sexual contra cualquier persona en el establecimiento o lugar de trabajo;
- IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;
- X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;
- XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;
- XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;
- XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico;
- XIV. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo;
- XIV Bis. La falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio cuando sea imputable al trabajador y que exceda del periodo a que se refiere la fracción IV del artículo 43; y
- XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.

El patrón que despidiera a un trabajador deberá darle aviso escrito en el que refiera claramente la conducta o conductas que motivan la rescisión y la fecha o fechas en que se cometieron.

El aviso deberá entregarse personalmente al trabajador en el momento mismo del despido o bien, comunicarlo a la Junta de Conciliación y Arbitraje competente, dentro de los cinco días hábiles siguientes, en cuyo caso deberá proporcionar el último domicilio que tenga registrado del trabajador a fin de que la autoridad se lo notifique en forma personal.

La prescripción para ejercer las acciones derivadas del despido no comenzará a correr sino hasta que el trabajador reciba personalmente el aviso de rescisión.

La falta de aviso al trabajador personalmente o por conducto de la Junta, por sí sola determinará la separación no justificada y, en consecuencia, la nulidad del despido."