

Seguro de Vida Grupo Deudor sin
Participación de Utilidades

Seguro temporal a un año renovable

CONDICIONES GENERALES

CONTENIDO	PÁGINA
1. DEFINICIONES	5
1.1 ACCIENTE	5
1.2 ASEGURADO	5
1.3 BENEFICIARIO	5
1.4 CAPITAL INICIAL.....	5
1.5 CAPITAL TOTAL FINANCIADO.....	5
1.6 CERTIFICADO	5
1.7 COMPAÑÍA	5
1.8 CNSF	5
1.9 CONDUSEF	6
1.10 CONTRATANTE	6
1.11 DEUDOR CALIFICADO	6
1.12 ENDOSO.....	7
1.13 GRUPO	7
1.14 GRUPO ASEGURABLE.....	7
1.15 GRUPO ASEGURADO	7
1.16 INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	7
1.17 MÉDICO.....	8
1.18 PÉRDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA.....	8
1.19 RECAS.....	8
1.20 REGLAMENTO	8
1.21 SALDO INSOLUTO.....	8
1.22 SEGMENTO.....	8
1.23 SINIESTRO.....	8
2. COBERTURA.....	9
2.1 COBERTURA POR FALLECIMIENTO.....	9
2.2 COBERTURA DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ...	9
2.3 COBERTURA POR PÉRDIDA DEL EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA ...	10
2.4 AYUDA PARA DESPENSA POR PÉRDIDA DEL EMPLEO	10
3. EXCLUSIONES	10
3.1 EXCLUSIONES ESPECIFICAS PARA INVALIDEZ E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.....	11
3.2 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO ... POR CUALQUIER CAUSA	11
3.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE AYUDA PARA DESPENSA POR DESEMPLEO	11
4. PRIMAS.....	12
4.1 PRIMA ÚNICA.....	12
4.2 PAGO DE PRIMAS	12
4.3 CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS	13
5. CLÁUSULAS GENERALES	13

5.1	INTERÉS ASEGURABLE	13
5.2	CONTRATO	13
5.3	VIGENCIA	13
5.4	TERRITORIO	13
5.5	RENOVACIONES	14
5.6	REESTRUCTURAS	14
5.7	OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	15
5.8	MODIFICACIONES	15
5.9	COMPETENCIA	15
5.10	CARENCIA DE RESTRICCIONES	15
5.11	DISPUTABILIDAD	15
5.12	EDADES DE ACEPTACIÓN	16
5.13	SUICIDIO	16
5.14	MONEDA	16
5.15	DIVIDENDOS	16
5.16	BENEFICIARIO	16
5.17	TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO	17
5.18	TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL	17
5.19	CANCELACIÓN DEL SEGURO O LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO	17
5.20	PRESCRIPCIÓN	17
5.21	DERECHO DE INFORMACIÓN	18
5.22	COMUNICACIONES	18
6.	CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	18
6.1	SUSCRIPCIÓN	18
6.2	ACTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS	19
6.3	PROCESO DE REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL CRÉDITO POR PARTE ... DEL CONTRATANTE	19
7.	PROCEDIMIENTOS Y OPERACIONES	19
7.1	PERÍODO DE CARENCIA	20
7.2	PERIODO DE ESPERA	20
7.3	PERIODO DE GRACIA	20
7.4	CÉDULA DE COBRANZA	20
7.5	MODALIDAD	20
7.6	CUOTA MENSUAL	21
7.7	SUMA ASEGURADA	21
	7.7.1 Call Center	21
7.8	CAMBIO DE CONTRATANTE	22
7.9	REPORTE DE MOVIMIENTOS	22
7.10	LAYOUTS DE INFORMACIÓN	22
7.10.1	Reporte mensual de altas de primas	22
7.10.2	Reporte mensual de siniestros	23
7.11	IDENTIFICADOR	23
7.12	REGISTRO DE ASEGURADOS	24

7.13 CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....	24
7.14 INDEMNIZACIONES.....	24
7.15 INDEMNIZACIÓN POR MORA	25
7.16 INFORME DE CAMBIOS EN LAS CONDICIONES FINANCIERAS	25
7.17 COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO.....	26
7.18 DEVOLUCIÓN DE SINIESTROS	27
ANEXO I. PRECEPTOS LEGALES	29

1. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se especifica:

1.1 ACCIDENTE

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

1.2 ASEGURADO

Cada persona que suscriba un contrato por el cual resulte deudor del Contratante y que cumple con las características de Deudor Calificado.

1.3 BENEFICIARIO

Es el Contratante, el cual tendrá el carácter de beneficiario irrevocable.

1.4 CAPITAL INICIAL

Monto de crédito ejercido más comisión de apertura con el IVA correspondiente más los intereses del período de gracia incluyendo su IVA.

Nota: Sobre este monto se multiplica el factor de 3.856 al millar y este a su vez por el plazo del crédito más tres meses correspondientes al periodo de gracia, para determinar la prima correspondiente a cada crédito.

1.5 CAPITAL TOTAL FINANCIADO

Se refiere a la suma del Capital Inicial más la Prima de Seguro.

1.6 CERTIFICADO

Documento que certifica el aseguramiento del Asegurado, indicando las coberturas y sumas aseguradas contratadas.

1.7 COMPAÑÍA

Seguros El Potosí, S.A.

1.8 CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.9 CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

1.10 CONTRATANTE

Persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el contrato de seguro. El Contratante hará saber a los Asegurados la existencia de esta póliza y los beneficios que de la misma derivan.

1.11 DEUDOR CALIFICADO

Aquel trabajador que se encuentre, a la fecha en la que se ejerce el crédito, con una relación laboral vigente, de conformidad con las políticas de otorgamiento de crédito aprobadas por el Contratante. Se considerarán los siguientes, como requisitos a cumplir del trabajador para ser elegible de ser acreditado por el Contratante:

- Contar con 18 años cumplidos a la fecha en que se ejerce el crédito
- Contar con una relación laboral de manera continua con el mismo patrón durante los últimos doce meses a la fecha en que se ejerce el crédito.
- Trabajar en una empresa afiliada al Contratante.
- Contar con un contrato de trabajo por tiempo indefinido, excepto los casos mencionados en las notas de esta definición.
- Para el caso de trabajadores que cuenten con 60 años cumplidos a la fecha de ejercer el crédito, y hasta 64 años, el plazo máximo del crédito no podrá ser mayor a 12 meses, mientras que para trabajadores con 65 años o más, el plazo máximo del crédito será de 6 meses

Una vez que es calificado y aprobado, el trabajador deberá firmar el contrato de crédito respectivo con el Contratante, así como el pagaré o voucher respectivo y el monto se determinará de acuerdo con la normatividad aplicable y las propias políticas de crédito del Contratante.

NOTAS:

Hay trabajadores (principalmente que trabajan vía outsourcing) que tienen contratos mensuales con el mismo empleador. Mientras sean renovados continuamente con el mismo empleador se aceptarán y tomarán en cuenta para la antigüedad en la empresa como si fueran indefinidos.

El monto del crédito se determinará de acuerdo a la capacidad de crédito del trabajador, que no excederá el 10% para quienes perciban un salario mínimo mensual y hasta 20% de su ingreso neto mensual en nómina a quienes perciban un sueldo superior al mínimo.

1.12 ENDOSO

Documento que modifica las bases, término y condiciones de la póliza y forma parte de esta última.

1.13 GRUPO

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.

1.14 GRUPO ASEGURABLE

Integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro, y cuyas características se establecen en la carátula de la póliza.

1.15 GRUPO ASEGURADO

Integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

1.16 INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Incapacidad que sufra el Asegurado de manera involuntaria a consecuencia de una enfermedad o accidente, dictaminados durante la vigencia de la cobertura, que lo imposibilite para realizar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes. El estado de incapacidad deberá permanecer en forma continua durante un Periodo de Espera de seis meses.

También se entenderá por Invalidez Total y Permanente:

- a) La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, o la pérdida de ambas manos, o de ambos pies, o la pérdida de una mano y un pie.
- b) La Pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo.
- c) La Pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo

En estos casos no aplicará el Periodo de Espera

Para estos casos se entiende por Pérdida de la mano, a la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro); y por Pérdida del pie, a la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

1.17 MÉDICO

Persona autorizada para ejercer la medicina y que no sea familiar del Asegurado.

1.18 PÉRDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

Se refiere al desempleo por cualquier causa.

Se entenderá como tal, para efectos de esta póliza, cuando un trabajador asegurado se haya separado de su empleo sin importar la causa y deje de cotizar ante el IMSS, el ISSSTE o institución similar de seguridad social, sin recibir ingreso alguno como contraprestación por su trabajo personal.

1.19 RECAS

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, en los términos previstos en las disposiciones que para tal efecto emita CONDUSEF.

1.20 REGLAMENTO

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.21 SALDO INSOLUTO

Importe correspondiente a la parte de la deuda objeto del crédito no cubierto a una fecha determinada.

1.22 SEGMENTO

Conjunto de Grupos Deudores del mismo tipo.

1.23 SINIESTRO

Evento cuya realización origina que la Compañía pague la Suma Asegurada al Contratante.

Siniestro ocurrido significa:

- a) Fallecimiento: la fecha que marca el acta de defunción como la de muerte.
- b) Invalidez e incapacidad total y permanente: la fecha en que se emite el certificado por el IMSS o el ISSSTE o cualquier instituto de seguridad social, que confirma la invalidez e incapacidad total y permanente del trabajador asegurado, sin importar la fecha en que inició el padecimiento, enfermedad o lesión.

- c) **Pérdida de Empleo:** la fecha en la cual el trabajador asegurado pierde su relación laboral, y que se reporta en la cédula de notificación de Altas y Pagos, dicha fecha deberá ser validada a través de la consulta en las bases de datos del sistema de PROCESAR, y dicha fecha podrá ser validada por el Call Center durante el Periodo de Espera.

2. COBERTURA

De las coberturas especificadas a continuación, sólo tendrán efecto aquéllas cuya contratación se especifique en la Carátula de la Póliza.

2.1 COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Si durante la vigencia del seguro, ocurre el fallecimiento del trabajador asegurado, la Compañía pagará al Contratante en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda conforme a estas condiciones generales.

2.2 COBERTURA DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia del seguro, ocurre la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente del trabajador asegurado, la Compañía pagará al Contratante en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda conforme a estas condiciones generales.

COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para comprobar la Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Compañía:

- a) El dictamen de invalidez o incapacidad total y permanente el cual deberá ser dictaminado por la institución de seguridad social que le preste servicios médicos al trabajador asegurado (IMSS o ISSSTE o la institución de seguridad social que le corresponda).
- b) Las pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas u otros exámenes médicos que hayan servido de base para emitir el dictamen.

En caso de controversia sobre el dictamen referido, el Asegurado podrá elegir a uno de los Médicos designados por La Compañía para determinar la procedencia o improcedencia del dictamen.

Para esta cobertura se amparan las enfermedades y/o accidentes preexistentes, donde los trabajadores asegurados quedan cubiertos no importando la fecha del acontecimiento que haya dado origen a la reclamación, siempre y cuando el dictamen sea expedido dentro del período del crédito vigente.

2.3 COBERTURA POR PÉRDIDA DEL EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

El seguro contempla el pago de un máximo de 6 mensualidades de los abonos correspondientes del crédito en el tiempo que está vigente el crédito sin importar si dichas Cuotas Mensuales se originan por uno o más desempleos.

2.4 AYUDA PARA DESPENSA POR PÉRDIDA DEL EMPLEO

En adición a los beneficios contenidos en la Cobertura de Pérdida del empleo por cualquier causa (desempleo), se otorga una ayuda para despensa en favor del acreditado en una sola exhibición y por única vez de \$500.00 M.N. (quinientos pesos 00/100 Moneda Nacional).

Para la procedencia de este beneficio, el acreditado deberá hacer el reclamo correspondiente dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales contados a partir del inicio de la pérdida del empleo por cualquier causa (desempleo).

3. EXCLUSIONES

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier período de desempleo que resulte de:

1. Cualquier reclamo o cualquier gasto en exceso, en relación con las Sumas Aseguradas que derivan de esta póliza de seguro.
2. Cualquier reclamación o gasto que esté relacionado con cobertura de Obligaciones Extra Contractuales. El término "Obligaciones Extra Contractuales", tal como se usa en este artículo, significará aquellas responsabilidades que no estén cubiertas bajo cualquier otra provisión de este Contrato de Seguro, y las cuales se originen del manejo de un reclamo, o de cualquier otro asunto relacionado con una póliza sujeta al presente Contrato. Estas responsabilidades podrían ser originadas por, pero sin que queden limitadas a las siguientes:
 - a. La incapacidad de las Partes en adjudicar beneficios dentro de los límites establecidos en la póliza de seguro;
 - b. La complicidad por parte de cualquiera de las Partes al rechazar una oferta de arreglo en virtud de negligencia supuesta o real, o mala fe;
3. Lesiones o fallecimiento a consecuencia de radiación atómica.
4. Pagos ex gratia, o no contemplados por la Cobertura descrita en esta Póliza de Seguro.
5. Personal Jubilado
6. Guerra, sea declarada o no, hostilidades o cualquier acto de guerra o de guerra civil o guerra interna.
7. Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un acto de Terrorismo o actos de terrorismo.

3.1 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA INVALIDEZ E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1. Lesión corporal infligida intencionalmente por el propio trabajador asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales.
2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, revolución; la participación directa del trabajador asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.
3. Lesiones sufridas por la participación directa del trabajador asegurado en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada.
4. Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el trabajador asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
5. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
6. Padecimientos derivados de intento de suicidio.

3.2 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier período de desempleo que resulte de:

1. El fallecimiento del trabajador asegurado.
2. Jubilación, pensión o retiro anticipado del trabajador asegurado.
3. Contratos de prestación de servicios y por honorarios.
4. Trabajadores asegurados que sufran Pérdida de Empleo dentro de los siguientes 60 días posteriores a la fecha en que se ejerce el crédito no recibirán la cobertura de pérdida de empleo por cualquier causa. En caso de recuperar el trabajo y volver a perder el empleo, ya no existirá un Periodo de Carencia (tal y como se define dicho término en las presente Condiciones Generales), y el Contratante podrá reclamar el pago de la cobertura del seguro, previa aplicación del Periodo de Espera.

Si un trabajador asegurado tuviera más de un crédito, el Periodo de Carencia de 60 días aplicará de manera independiente, respecto de su correspondiente fecha en la cual se ejerce el crédito

3.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE AYUDA PARA DESPENSA POR DESEMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

No procederá el pago de este beneficio en los casos en que la pérdida del empleo (desempleo) del acreditado se origine por actos fraudulentos y/o despido justificado del acreditado en los términos establecidos por el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

4. PRIMAS

4.1 PRIMA ÚNICA

El Contratante por cuenta y a nombre de los trabajadores acreditados de la Póliza de Seguro pagará a la Compañía la prima por la cantidad que resulte del siguiente proceso:

- i. Se considera el importe del crédito ejercido, al cual se suma la comisión de apertura con el IVA correspondiente más los intereses del periodo de gracia Incluyendo su IVA, lo que conforma el Capital Inicial. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.
- ii. Sobre el Capital Inicial se determina la prima del seguro dividiendo este entre mil (debido a que el factor de prima se cobra al millar), el resultado deberá multiplicarse por el Factor de la Prima (cuota) que en todo caso es de 3.856 y el resultado de esta operación deberá ser multiplicado por el plazo de crédito más 3 meses de plazo de cobertura (lapso del periodo de gracia) que no aumenta la responsabilidad de la Compañía).

La prima se cubrirá en un único pago, al momento de la contratación del crédito y que corresponda al 3.856 al millar para todas las coberturas.

El pago único de la prima se realizará a más tardar cinco días naturales después de la fecha de emisión y entrega de las facturas que para tal efecto la Compañía le emita al Contratante.

4.2 PAGO DE PRIMAS

El pago de las primas deberá efectuarse en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente o a través de los medios que ésta disponga para el pago de las mismas.

La prima vencerá en el día estipulado en la carátula de la póliza.

El Contratante dispondrá de 5 (cinco) días naturales para efectuar el pago correspondiente al primer y único vencimiento de prima. Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

Si dentro del plazo para el pago de la prima ocurre un Siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente al plazo referido.

La obligación del pago de primas será del Contratante.

4.3 CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la Compañía.

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1 INTERÉS ASEGURABLE

Se ampara a todos los trabajadores con créditos otorgados, renovados y reestructurados dentro de la vigencia del contrato del crédito y de este seguro y hasta su extinción, sin exceder el plazo contratado originalmente, desde 6 meses y hasta por 36 meses.

Los trabajadores que se van integrando a la póliza deberán ser empleados activos al momento de solicitar el crédito.

5.2 CONTRATO

La Solicitud del Seguro, esta Póliza, la Carátula de la Póliza, el Registro de Asegurados, los Consentimientos Individuales, los Certificados Individuales, los Cuestionarios médicos, las Condiciones Generales, los Recibos de pago, los Endosos y las Cláusulas Adicionales que se agreguen, constituyen el testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

5.3 VIGENCIA

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia, estipuladas en la Carátula de Póliza. El periodo de cobertura para los miembros del grupo asegurado, será el indicado en su Certificado Individual.

5.4 TERRITORIO

Cobertura Mundial para residentes de México

5.5 RENOVACIONES

El trabajador asegurado podrá en cualquier momento, mientras mantenga un saldo pendiente en un crédito, solicitar la renovación para reducir la cuota mensual y extender el plazo de pago del crédito, sin tener un cobro adicional de prima, pero determinando el pago de la prima no devengada del crédito original en base a la fecha de la Renovación.

Si la fecha en la que inicia el nuevo periodo renovado inicia en la vigencia de esta póliza, la prima no devengada se mantendrá en esta póliza, pero en caso de que el crédito renovado inicie en la vigencia de una póliza posterior, la prima no devengada se trasladará a dicha póliza. En caso que la compañía ya no tenga firmado un convenio con el Contratante para la emisión de una nueva póliza, la Compañía regresará la prima no devengada.

Lo anterior, mientras se haya liquidado el 25% del crédito original, y que se encuentre al corriente de los pagos.

El crédito renovado mantendrá las mismas condiciones de tasa y plazo originales, y se incorporará a las condiciones del seguro que se encuentre vigente, considerando todos los requisitos originales en créditos nuevos, incluyendo el Período de Espera

En este caso no aplicará el Periodo de Carencia.

Solo se otorga una Renovación en la vida del crédito.

5.6 REESTRUCTURAS

El trabajador asegurado podrá en cualquier momento, mientras mantenga un saldo pendiente en un crédito solicitar la Reestructura del mismo, cumpliendo con los requisitos del Manual de Crédito del Contratante, para reducir la cuota mensual y extender el plazo de pago del crédito, determinando el monto de la prima no devengada del crédito original con base a la fecha de la reestructura.

Si la fecha en la que inicia el nuevo periodo reestructurado, se encuentra dentro de la vigencia de esta póliza, la prima no devengada se mantendrá en esta póliza en caso de que el crédito reestructurado inicie en la vigencia de una póliza posterior, la prima no devengada se trasladará a dicha póliza. En caso que la Compañía ya no tenga firmado un convenio con el Contratante para la emisión de una nueva póliza, la Compañía regresará la prima no devengada.

En este caso, se podrán modificar las condiciones originales de tasa y plazo, siendo el plazo máximo de 35 meses.

En el caso de Reestructuras no aplicará el Periodo de Carencia.

5.7 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en la descripción de la colectividad asegurada no perjudicará los intereses del trabajador asegurado, ya que la intención de esta cláusula es dar protección en todo tiempo, por lo tanto, cualquier error u omisión accidental, será corregido al ser descubierto y en caso que el error u omisión lo amerite, se hará el ajuste correspondiente de la prima.

5.8 MODIFICACIONES

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, modificaciones que deberán constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales registrados ante la CNSF. En consecuencia, los agentes, o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

5.9 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La 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 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, a partir de la negativa de La Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, 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.

5.10 CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación del seguro.

5.11 DISPUTABILIDAD

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, será 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 Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

5.12 EDADES DE ACEPTACIÓN

Se hace constar que el límite de edad para la aceptación del seguro de vida crédito es:

- **Para Fallecimiento: Sin límite, mientras se encuentre laborando, con cancelación hasta que se dé la cancelación del crédito.**
- **Para Incapacidad o Invalidez Total y permanente: Sin límite mientras se encuentre laborando, con cancelación hasta que se dé la cancelación del crédito.**
- **Pérdida del Empleo por Cualquier Causa: Sin límite mientras se encuentre laborando, con cancelación hasta que se dé la cancelación del crédito.**

5.13 SUICIDIO

La Compañía estará obligada desde el primer día de vigencia, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio.

5.14 MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Si el seguro está contratado en dólares de los Estados Unidos de América, los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía se efectuarán en moneda nacional convirtiendo las cantidades expresadas en dólares al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se efectúen los pagos.

5.15 DIVIDENDOS

Este seguro no otorga dividendos.

5.16 BENEFICIARIO

El Contratante es el beneficiario único e irrevocable de esta póliza, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del saldo insoluto de sus deudores, en la fecha en que ocurra el siniestro.

La cobertura de Ayuda de despensa, es la única cobertura en la que el Asegurado será el beneficiario.

5.17 TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato terminará íntegramente si la prima aplicable no es pagada por El Contratante, según los términos y las condiciones acordadas por las partes y como lo señalen estas condiciones generales.

5.18 TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

La responsabilidad de La Compañía por cada Asegurado, cesará automáticamente:

- a) Por pago del adeudo.
- b) Por traspaso del adeudo.
- c) Porque el deudor haya incurrido en mora por más de seis meses.

Si el deudor reanuda sus abonos, el Contratante, con el consentimiento del deudor, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Compañía.

5.19 CANCELACIÓN DEL SEGURO O LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO

- a) En caso de cancelación del seguro o liquidación del crédito, esta última por pago anticipado del deudor, la compañía devolverá el importe de la reserva de riesgos en curso correspondiente a los periodos futuros de cobertura; la reserva de riesgos en curso contiene la prima de riesgo y el gasto de administración no devengados.
- b) Este seguro se cancelará al ocurrir la muerte o invalidez total y permanente del asegurado.
- c) Toda vez que la Compañía habiendo cumplido con la obligación de la cobertura de Pérdida del empleo por cualquier causa, y el acreditado no se hubiese reinstalado laboralmente bajo condiciones de empleo formal, la Compañía devolverá, a solicitud expresa del contratante, la parte de la reserva de riesgo en curso correspondiente a la cobertura de invalidez o muerte, quedando canceladas las coberturas antes señaladas.

5.20 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- a) En cinco años, tratándose de la cobertura de muerte en los seguros de vida.
- b) En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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.

Será nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos mencionados en los párrafos anteriores.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.21 DERECHO DE INFORMACIÓN

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.22 COMUNICACIONES

Todas las notificaciones y comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de esta póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de la Compañía.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de esta Póliza.

6. CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO

6.1 SUSCRIPCIÓN

El Contratante deberá en todo momento mantener documentación de cada crédito aprobado consignando lo siguiente:

1. Copia de la identificación personal del trabajador asegurado.
2. Verificación de la edad cumplida
3. Copia del recibo de nómina de la empresa de la última quincena.
4. Verificación a través de la red virtual en base al PROCESAR del centro de trabajo y de los ingresos mostrados en los recibos vía virtual

5. La validación del monto a ser ejercido se lleva a cabo a través del sistema de crédito del Contratante y su aceptación por parte del trabajador asegurado será documentada a través del Pagaré correspondiente.
6. Contrato original del crédito firmado por el trabajador asegurado y la persona autorizada por parte del Contratante

Este proceso aplica para cualquier operación, ya sea créditos nuevos, renovaciones o reestructuras.

La Compañía podrá practicar una revisión sobre una muestra aleatoria de los créditos otorgados por el Contratante de forma periódica y verificar que se cumplen los criterios de selección por lo menos del 1% de los créditos nuevos, reestructurados o renovados que reportan mensualmente.

6.2 ACTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS

Las actividades de la población asegurada son de naturaleza diversa ya que corresponden a los trabajadores activos que cuenten con un crédito con el Contratante.

6.3 PROCESO DE REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL CRÉDITO POR PARTE DEL CONTRATANTE

El proceso que da origen a un crédito que realiza el Contratante se apega a lo establecido en las Disposiciones de Carácter General Aplicables a los Organismos de Fomento y Entidades de Fomento, emitidas por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), y este proceso considera, de manera enunciativa, más no limitativa, lo siguiente:

- Revisión de los datos del solicitante del crédito a través de medios sistematizados.
- La información recabada es enviada a una mesa de control centralizada, en la cual se podrá hacer uso de medios de verificación sistematizados, o bien, por medio de personal contratado por el Contratante, o ambos. Dichos medios sistematizados podrán incluir la verificación en línea mediante consulta a las bases de datos de PROCESAR, Sociedades de Información Crediticia, o cualesquier otra que autoricen las instancias normativas del Contratante, debiendo quedar documentadas en el Manual de Crédito.
- El monto del crédito es determinado de acuerdo con las políticas, lineamientos y procedimientos inscritos en la normatividad de origen de crédito del Contratante, así como el plazo del crédito, el cual se encuentra en función de la capacidad de crédito del trabajador y la calificación de riesgo del centro de trabajo.

7. PROCEDIMIENTOS Y OPERACIONES

7.1 PERÍODO DE CARENCIA

Todo siniestro de Pérdida de Empleo que se presente en los primeros 60 días a partir de la fecha de otorgamiento de un crédito, no estará cubierto. En cuanto el trabajador asegurado sea recontratado y vuelva a perder el empleo, contará con la cobertura desde el primer día.

7.2 PERIODO DE ESPERA

Es el periodo de 30 días que al menos debe transcurrir para verificar si el trabajador asegurado se registra con otro empleador una vez que se tiene la baja en la Cédula de Cobranza con base en el reporte de la base de datos del sistema de PROCESAR. Una vez que ha transcurrido este periodo se procede a cobrar las Cuotas Mensuales correspondientes que se adeuden inmediatamente después de la baja.

7.3 PERIODO DE GRACIA

El período de gracia considera 3 meses adicionales de pago de prima, y corresponde al tiempo que transcurre (aproximadamente 3 meses) entre la fecha en que se ejerce el crédito y la fecha en la que se registra el primer pago del crédito. Este período adicional se agrega al plazo del crédito, independientemente del plazo que el trabajador haya seleccionado.

Este período no aumenta la responsabilidad de la aseguradora de pagar máximo 6 meses de la cobertura por desempleo.

7.4 CÉDULA DE COBRANZA

Fechas de corte (emisión de la cédula de cobranza)

Para determinar las personas registradas en la base de datos del sistema de PROCESAR con cuotas pagadas de la Seguridad Social (IMSS o ISSSTE) el Contratante revisará mes a mes el registro de los trabajadores con pago de seguridad social patronal de su centro de trabajo y realizará emisiones de cédulas de cobranza una vez al mes, entre los días 17 y 23 de cada mes, a fin de confirmar si los trabajadores asegurados están o no empleados.

Esta cédula de cobranza reflejará todas las personas que no cuentan con pago de cuota de seguridad social patronal y que son mensualidades susceptibles a recuperarse del seguro provisto que no caen en alguna de las exclusiones.

7.5 MODALIDAD

Se cubren todos los créditos que se otorguen e inicien, renueven, o reestructuren en la vigencia de la cobertura, cumpliendo previamente con los requisitos establecidos en el Manual de Crédito del Contratante.

7.6 CUOTA MENSUAL

La Cuota Mensual corresponde a los abonos correspondientes del crédito que paga el trabajador asegurado cada mes, e incluye los pagos de amortización del Capital Total Financiado, incluyendo los intereses ordinarios del crédito y el correspondiente al Impuesto al Valor Agregado.

7.7 SUMA ASEGURADA

a) Fallecimiento

Saldo insoluto del crédito, incluyendo accesorios e intereses devengados no pagados, al momento del fallecimiento.

b) Invalidez o Incapacidad Total Y Permanente:

Saldo insoluto del crédito, incluyendo accesorios e intereses devengados no pagados, al momento del dictamen de la invalidez e incapacidad.

c) Pérdida de Empleo por Cualquier Causa:

Hasta un máximo de 6 Cuotas Mensuales durante la vigencia del crédito.

El seguro contempla el pago de un máximo de 6 Cuotas Mensuales (tal y como se define dicho término en las presentes condiciones generales), durante la vigencia del crédito.

d) Ayuda mensual por pérdida de Empleo por Cualquier Causa:

Se pagará al trabajador asegurado \$500.00 (Quinientos pesos M.N.) en una sola exhibición, por única vez, durante toda la vigencia de la póliza que tenga contratada esta cobertura.

7.7.1 Call Center

Sistema telefónico a nivel nacional contratado por el Asesor (AGENTE y/o Intermediario), el cual dará seguimiento a los reportes que los centros de trabajo envían quincenalmente al Contratante y de las bajas que se registren con el fin de corroborar en los centros de trabajo si el trabajador asegurado ya no labora ahí, o hablar con el trabajador asegurado y verificar su situación laboral.

Este Call Center ayudará también a saber si el trabajador asegurado se registra con otro empleador, a partir de que aparece la baja en la cédula de cobranza.

Los reportes del Call Center se compararán con los reportes del PROCESAR, y se considerará como válido el reporte del Call Center únicamente durante el Periodo de Espera, para determinar si el trabajador asegurado perdió el empleo o simplemente se cambió de trabajo. Es decir, el Contratante aceptará cancelar el cobro de la Cuota mensual en las que exista un reporte telefónico del Call Center confirmando que la persona se encuentra empleada, pudiendo para ello solicitar la grabación de las llamadas realizadas.

7.8 CAMBIO DE CONTRATANTE

Quando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.

Las obligaciones de la Compañía terminarán al transcurrir 30 días de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada y, en su caso, las primas de periodos de cobertura posteriores al periodo de seguro en el cual ocurra el cambio.

7.9 REPORTE DE MOVIMIENTOS

REGISTRO, ALTAS Y BAJAS DE LOS ASEGURADOS

a) Registro de asegurados

EL Contratante proporcionará a la Compañía mensualmente dentro de los 5 primeros días de cada mes, el reporte de altas de primas conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.

Los trabajadores acreditados que suscribieron un contrato de crédito con el Contratante e ingresen al Grupo con posterioridad a la celebración de la Póliza de Seguro, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada tal póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del mencionado Grupo asegurado

b) Bajas en el grupo asegurado

Los trabajadores acreditados que se separen definitivamente del grupo asegurado por la cancelación del crédito, dejarán de estar asegurados desde el momento de su separación. En este caso, la Compañía 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.

Quando el miembro del Grupo asegurado no cubra al Contratante la parte de prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo Asegurado a la Compañía.

EL Contratante comunicará a la Compañía en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de que tenga conocimiento, las separaciones definitivas y los nuevos ingresos al Grupo asegurado.

7.10 LAYOUTS DE INFORMACIÓN

7.10.1 Reporte mensual de altas de primas

El reporte mensual de altas de primas deberá contener:

- a. Fecha de ingreso a la póliza (fecha de ejercicio del crédito).
- b. RFC del trabajador asegurado.
- c. Fecha de ingreso del trabajador asegurado en la empresa en la que labora al momento de pedir el crédito.
- d. Identificador del Crédito.
- e. Indicador de la seguridad social del deudor (entidad privada o de gobierno).
- f. Indicación si es crédito nuevo, renovado o reestructurado.
- g. Empresa en la que labora.
- h. Entidad (Estado) o código postal.
- i. Plazo del crédito.
- j. Monto del crédito inicial total.
- k. Prima única del crédito total.

7.10.2 Reporte mensual de siniestros

El Layout de Siniestros deberá indicar la fecha de corte en la cual el Contratante está procesando la información de la remesa correspondiente y el Layout deberá contener:

- a. RFC del trabajador asegurado.
- b. Fecha de expedición del crédito.
- c. Identificador del crédito.
- d. Fecha de ocurrencia del siniestro.
- e. Causa del siniestro.
- f. Suma asegurada total por beneficio (fallecimiento, invalidez e incapacidad, desempleo).
- g. Monto del beneficio pagado total.

La Compañía se reserva el derecho de requerir información adicional al Contratante relativo a fallecimientos e invalideces e incapacidades, y que dicha información sea satisfactoria para el manejo y finiquito del reclamo.

En el caso de partidas erróneas u omitidas en un estado de cuenta, se procederá a corregir tales errores u omisiones en el estado de cuenta siguiente, con el pago íntegro del saldo actual, salvo que la discrepancia fuese sustancial. En tal caso, mientras esté pendiente la resolución de las discrepancias o la finalización del correspondiente proceso o documentación de un siniestro concreto, se efectuará la liquidación de aquellas partidas que se acepten como correctas. Ello sin perjuicio de los derechos y facultades que pudiese ejercitar cualquiera de las partes en virtud de las presentes Condiciones Generales.

7.11 IDENTIFICADOR

Es el número compuesto que permite relacionar el crédito con los siniestros. Se conforma por el número de afiliación de la persona y el número de crédito.

Los trabajadores asegurados pueden tener más de un crédito y cada uno tendrá un número de crédito diferente.

7.12 REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de Asegurados.

7.13 CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía ha convenido con el Contratante que éste hará del conocimiento de los Asegurados, la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía.
- b) Firma del funcionario autorizado de La Compañía.
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado.
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio.
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación.
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento.
- j) En el caso de los seguros que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir el inciso I del artículo 19 del Reglamento.

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

7.14 INDEMNIZACIONES

a) Aviso

El Siniestro deberá ser notificado a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

b) Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará al Contratante la Suma Asegurada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

El Contratante deberá entregar a La Compañía, el recibo finiquito del crédito cubierto por el seguro.

c) Pruebas

El reclamante presentará su costa a La Compañía, además de las formas de declaración que ésta le 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 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, del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

d) Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por La Compañía, por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, o por omisión, inexactitud o inoportunidad de los reportes, avisos o informes que deban darse conforme a estas condiciones generales y leyes vigentes, obliga al Contratante a reintegrar el pago a La Compañía.

e) Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, La Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado.

En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

7.15 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, La Compañía cubrirá a la parte que corresponda una indemnización por mora, en términos de lo establecido por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

7.16 INFORME DE CAMBIOS EN LAS CONDICIONES FINANCIERAS

El Contratante deberá dar aviso a la Compañía en un plazo no mayor a 15 días naturales posteriores a que esto surta efectos, sobre cualquier cambio o modificación a las

condiciones financieras de los créditos nuevos que sean sujetos de la cobertura a que se refiere esta póliza.

7.17 COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía atenderá las reclamaciones derivadas de los siniestros que en términos de la Póliza de Seguro llegaran a presentarse.

Para lo anterior, la Compañía tendrá para determinar la procedencia o improcedencia del siniestro en cuestión, un plazo de 10 (diez) días hábiles contados a partir del día siguiente de la recepción de la documentación correcta y completa que el Contratante le proporcione para formalizar la reclamación, tomando en cuenta el periodo de espera de 30 días. En caso de que el Contratante entregue la documentación correspondiente antes de las 11:00 am, ese día se contará como el primer día hábil que tiene la Compañía para pronunciarse sobre el siniestro.

Para formalizar su reclamación el Contratante o, cuando corresponda, el trabajador asegurado, presentará la documentación necesaria a la Compañía. según la cobertura que se trate y que se lista a continuación:

Fallecimiento

- Original o copia certificada de Acta de defunción.
- Layout del sistema administrador (archivo e información).

Invalidez e Incapacidad Total y Permanente

En original o copia:

- Original (basta con el sello de la Institución de Seguridad Social) o copia certificada del dictamen de invalidez e incapacidad expedida por la institución de seguridad social a la que esté adscrito el Centro de Trabajo del trabajador acreditado y asegurado, que para ejemplo de manera enunciativa y no limitativa pueden ser los formatos ST4 o ST3 o su equivalente.
- Original o copia de estudios provistos por el trabajador asegurado que avalen la invalidez.
- Layout de reclamos del sistema administrador (archivo de información).

Pérdida de Empleo

- Layout del sistema administrador (archivo de información).

Ayuda para Despensa por Pérdida de Empleo

- **Constancia de baja del trabajador asegurado del sistema de seguridad social o carta del Centro de Trabajo donde conste la pérdida del empleo del acreditado que no se originó por actos fraudulentos o rescisión en términos del Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**
- **Estado de cuenta no mayor a tres meses a nombre del trabajador acreditado en el que aparezca la cuenta CLABE (Clave Bancaria Estandarizada).**
- **Identificación oficial vigente.**
- **Comprobante de domicilio no mayor a tres meses.**

La Compañía se reserva el derecho para solicitar, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en cualquier momento y sobre cualquier siniestro, la información sobre la identidad, característica de siniestro y demás información que deberá formar parte de los archivos del contratante.

El Contratante enviará a la Compañía las reclamaciones de los siniestros que tenga conocimiento, hasta en dos ocasiones por mes.

El primer envío se realizará dos días después de la emisión de la cédula de cobranza y en caso de existir nuevas reclamaciones, el segundo envío se realizará cinco días hábiles después de realizado el primero.

El aviso del siniestro que por cada reclamación el Contratante entregue a la Compañía, será por escrito, a menos que las partes estipulen otra cosa.

7.18 DEVOLUCIÓN DE SINIESTROS

Si por alguna causa la Compañía llegara a realizar pagos de siniestros que previa revisión y conciliación por las partes, se demuestre que no son procedentes, el Contratante devolverá el monto de los mismos.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención al Asegurado de nuestra Institución a los teléfonos 01 800 480 3100 o (444) 834 9000, correo electrónico: atencion_usuarios@elpotosi.com.mx o visite www.elpotosi.com.mx, dirección: Francisco I. Madero 476, Centro, 78000, San Luis Potosí, S.L.P.

Datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: Teléfono: (55) 54487000 en el D.F. y el interior de la República al 01 800 999 80 80, domicilio en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de Septiembre de 2016, con el número CNSF-S0008-0748-2016 .

Recas: 002384-01

ANEXO I. PRECEPTOS LEGALES

- Enlace para consulta del marco legal: <http://www.elpotosi.com.mx/manuales>
- Enlace para consulta de glosario de abreviaturas y términos de uso no común: <http://www.elpotosi.com.mx/pics/manuales/340280-abreviaturasusonocomn.pdf#file>

LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO (LSCS)

- **Artículo 25 (LSCS)**

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 71 (LSCS)**

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

- **Artículo 84 (LSCS)**

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (Reglamento del Seguro de Grupo)

- **Artículo 17 (Reglamento del Seguro de Grupo)**

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

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

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

- **Artículo 18 (Reglamento del Seguro de Grupo)**

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

- **Artículo 19 (Reglamento del Seguro de Grupo)**

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de

- II. Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- III. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS (Ley CONDUSEF)

- **Artículo 50-BIS (Ley CONDUSEF)**

La cancelación del registro como Institución Financiera procederá con la revocación de la autorización para operar que haya emitido la autoridad competente, o en su caso, con el documento en el que conste su extinción, y en los demás casos que establezcan las leyes

- **Artículo 68 (Ley CONDUSEF)**

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, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.**

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.**

- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;**

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro**

- VIII. para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.**

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- IX. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;**
- X. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y**
- XI. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la**

- XII. Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.**

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XIII. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.**

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS (LISF)

- **Artículo 276 (LISF)**

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:

- a) Los intereses moratorios;**
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y**
- c) 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
- X. 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 (LISF)**

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.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO (LFT)

- **Artículo 47 (LFT)**

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 hostigamiento 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 despida 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.