

Seguros El Potosí, S.A.
Seguro de Vida Grupo Sin Dividendos

Coberturas Básicas
Condiciones Generales

Contenido

I.	Definiciones	3
	1. LA COMPAÑÍA	3
	2. C.N.S.F	3
	3. REGLAMENTO	3
	4. ASEGURADO	3
	5. ACCIDENTE	3
	6. MÉDICO	3
	7. SINIESTRO	3
	8. BENEFICIARIOS	3
	9. CONSENTIMIENTO	3
	10.CONTRATANTE	4
	11.GRUPO ASEGURABLE	4
	12.GRUPO ASEGURADO	4
	13.CERTIFICADO	4
	14.CUOTA PROMEDIO	4
	15.RIESGOS CLASE "A"	4
	16.RIESGOS CLASE "B"	4
	17.PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO	4
II.	Coberturas Básicas	5
	1. FALLECIMIENTO	5
	2. ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL	5
III.	Cláusulas Generales	5
	1. CONTRATO	5
	2. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	5
	3. VIGENCIA	6
	4. DISPUTABILIDAD	6
	5. SUICIDIO	6
	6. CARENCIA DE RESTRICCIONES	6
	7. MODIFICACIONES	6

8. NOTIFICACIONES	6
9. REGISTRO DE ASEGURADOS	7
10.CERTIFICADOS INDIVIDUALES	7
11.EDAD	7
12.REPORTE DE MOVIMIENTOS	8
13.DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO	10
14.PRIMAS	10
15.MONEDA	11
16.BENEFICIARIOS	11
17.INDEMNIZACIONES	12
18.RENOVACIÓN	13
19.CAMBIO DE CONTRATANTE	13
20.PRESCRIPCIÓN	13
21.INDEMNIZACIÓN POR MORA	14
22.DERECHO DE INFORMACIÓN	16
23.COMPETENCIA	17

I. Definiciones

En el contexto de estas Condiciones Contractuales aplicarán las siguientes definiciones:

1. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

2. C.N.S.F.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3. Reglamento

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

4. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.

5. Accidente

Será aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

6. Médico

Persona que conforme a las disposiciones legales vigentes, se encuentre facultado para ejercer la medicina y que no sea familiar del Asegurado.

7. Siniestro

Es el evento cuya realización origina que la Compañía pague la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura afectada.

8. Beneficiarios

Persona o personas que por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

9. Consentimiento

Documento mediante el cual el Asegurado otorga su consentimiento para ser asegurado en la póliza de Seguro de Vida Grupo que el Contratante solicitó a La Compañía.

10. Contratante

La persona física o moral con la que se celebra el contrato de seguro.

11. Grupo asegurable

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.

12. Grupo Asegurado

Los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que dieron su consentimiento expreso para ello, encontrándose en servicio activo al momento de la celebración del Contrato.

13. Certificado

Documento que certifica el aseguramiento de cada uno de los Asegurados, indicando las coberturas y sumas aseguradas contratadas.

14. Cuota Promedio

El resultado de dividir la Prima Total entre la Suma Asegurada Total.

15. Riesgos Clase “A”

Son los grupos asegurables cuyos integrantes no se aseguran por voluntad propia, y en los cuales el seguro lo otorga el Contratante como una prestación laboral o para cubrir una obligación legal.

En este caso el grupo asegurable debe estar constituido por lo menos del 75% de sus integrantes sin ser inferior a 10 personas.

16. Riesgos Clase “B”

Son los grupos asegurables en los cuales las personas deciden su aseguramiento, o aquellos grupos en que las personas se aseguran a efecto de garantizar el pago de créditos concedidos por el Contratante.

En este caso el grupo asegurable debe estar constituido por lo menos del 50% de las personas que lo integren sin ser inferior de 25 personas.

17. Póliza o Contrato de Seguro.

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

II. Coberturas Básicas

1. Fallecimiento

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios designados, si el Asegurado fallece encontrándose vigente esta Póliza y su Certificado.

1. Anticipo por Enfermedad Terminal

Si durante la vigencia de la cobertura le ocurre al Asegurado una Enfermedad Terminal, la Compañía le pagará como anticipo al pago de la Suma Asegurada contratada por fallecimiento, el 30% de dicha Suma Asegurada pero sin exceder del equivalente a 70 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal.

La Compañía efectuará el pago al comprobarse la ocurrencia de la Enfermedad Terminal mediante pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas y dictamen de un médico especialista en la enfermedad.

Se entenderá por Enfermedad Terminal aquella que sea incurable y que conlleve a un pronóstico máximo de vida de 1 año.

De la Suma Asegurada por fallecimiento será descontada la cantidad pagada como anticipo

III. Cláusulas Generales

1. Contrato

Esta Póliza, la solicitud, el registro de asegurados, los certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen prueba 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 asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las 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.

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. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

4. Disputabilidad

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia o de su última rehabilitación, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios para la apreciación del riesgo que proporcione el Contratante y/o el Asegurado en la Solicitud del Seguro o en el Consentimiento.

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 quedaron asegurados.

5. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de vigencia del respectivo certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la prima pagada no devengada respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía.

6. 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 de la póliza.

7. Modificaciones

Las condiciones Generales de la Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas previamente registradas por la C.N.S.F.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

8. Notificaciones

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.

9. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de Asegurados, que entregará al Contratante, el cual contendrá para cada Asegurado:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

10. Certificados Individuales

La Compañía expedirá y entregará un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado. La Compañía, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento con esta obligación de la siguiente forma:

- I. Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los Asegurados, o
- II. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer 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, y
 - 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.

11. Edad

Para los efectos de este Contrato se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia de su seguro. La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando lo solicite la

Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por la Compañía, son de 15 a 70 años de edad, sin que existan límites máximos de edad en las renovaciones.

Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, la Compañía considerará rescindido de pleno derecho el Contrato, devolviendo al Contratante la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del Asegurado se comprueba que al expedirse la póliza su edad real era:

a) Menor que la declarada.

La Compañía reducirá las primas subsecuentes y reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria, de acuerdo con la edad real y conforme a la tarifa vigente en la fecha de celebración del contrato.

b) Mayor que la declarada.

La Compañía no efectuará ningún ajuste sobre la prima pagada, pero reducirá las obligaciones a lo que ésta alcance a cubrir.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se comprueba que al expedirse la póliza su edad real era incorrecta, pero dentro de los límites de admisión, La Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas alcancen a cubrir de acuerdo con la edad real.

En la Carátula de la Póliza se indican las edades límite de admisión al seguro.

12. Reporte de movimientos

Es obligación del Contratante el reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico. Para cumplir con esta obligación, la Compañía y el Contratante fijarán las normas de operación y los mecanismos que deberán seguirse para informar del ingreso al Grupo de los nuevos integrantes, entregando los consentimientos respectivos; las bajas definitivas de Integrantes del Grupo Asegurado; 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; los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas; y el tipo de administración de la póliza.

Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, se deberá cumplir con lo siguiente:

a) ALTAS

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales

siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguiente 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, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

De igual forma para aquellas personas cuya suma asegurada rebase la suma asegurada máxima a otorgar sin requisitos de asegurabilidad, tendrán que presentar los requisitos médicos correspondientes para quedar aseguradas bajo las mismas condiciones en las que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía 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.

El cuestionario y las cláusulas de selección del riesgo, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo o cuando la suma asegurada solicitada rebase la suma asegurada máxima a otorgar sin requisitos de asegurabilidad.

b) BAJAS

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la 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.

La baja definitiva a la que se refiere el párrafo anterior, no estará condicionada al aviso por parte del Contratante a la Compañía.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

13. Derecho de los Asegurados al separarse del grupo

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, 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 Compañía, 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 C.N.S.F. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

14. Primas

a) IMPORTE TOTAL

La prima total del grupo será igual a la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

b) PERIODICIDAD

La prima básica será anual. El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente vigente en la fecha de emisión de la póliza o en cada fecha de renovación.

c) PAGO

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. El Contratante dispondrá de un período de gracia de 30 días naturales a partir de su vencimiento para liquidar el total de la prima anual o la primera parcialidad en caso de pago fraccionado, y de tres días naturales para el pago de las fracciones subsecuentes, durante los cuales el seguro continuará en vigor. Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Compañía podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

La obligación del pago de primas será del Contratante.

d) 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.

e) **LUGAR DE PAGO**

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo expedido por la misma.

f) **AJUSTE**

Salvo convenio específico, cada vez que se efectúe una alta o una baja de Asegurados, o de aumento o disminución de Sumas Aseguradas o de Beneficios Adicionales que no sea en la fecha de aniversario del contrato, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante la prima correspondiente calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, aplicando la Cuota Promedio por meses completos, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo.

g) **TARIFA VIGENTE**

Para todos los cálculos señalados en el presente contrato se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración el contrato o de su última renovación.

15. 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.

16. Beneficiarios

a) **DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 tendrá 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.

b) **ACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el Contrato.

c) FALTA DE BENEFICIARIOS

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiarios designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el Asegurado, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del Asegurado.

d) CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

17. Indemnizaciones**a) PAGO DE LA SUMA ASEGURADA**

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

b) PRUEBAS

El reclamante presentará su costo 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 derecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

c) 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.

d) 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.

e) ANTICIPO DE PAGO

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía realizará un anticipo al pago de la Suma Asegurada, con la sola presentación del Certificado de seguro y del Certificado Médico de defunción y siempre que haya transcurrido un año desde el inicio de vigencia del Certificado hasta la fecha del fallecimiento.

El anticipo será del 30% de la Suma Asegurada pero sin exceder del equivalente a 70 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal, y se pagará al beneficiario designado que lo solicite siempre que el beneficio al que tenga derecho sea mayor o igual al monto del anticipo.

El anticipo se descontará de la liquidación a que tengan derecho los beneficiarios designados.

18. Renovación

La Compañía podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la C.N.S.F. en las notas técnicas respectivas.

19. Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.

El derecho antes referido no se concederá a los Asegurados que se separen del Grupo, cuando el objeto del seguro sea diferente de otorgar una prestación laboral.

20. Prescripción

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

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. 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.

21. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita 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 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 cuente 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 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.

22. Derecho de Información

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato la Institución proporcionara 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.

23. 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 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, 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.

*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 junio de 2010, con el número **CNSF-S0008-0261-2010**.*

RECAS: 001304-01

Coberturas Adicionales por Accidente

Condiciones Particulares

Contenido

I.	Definiciones	19
	1. La Compañía	19
	2. Asegurado	19
	3. Accidente	19
	4. Pérdidas Orgánicas	19
II.	Coberturas	19
	1. Cobertura Muerte Accidental (CMA)	19
	2. Cobertura Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (CMAPO)	19
	3. Cobertura por Accidente Colectivo (CAC)	20
III.	Exclusiones	21

En todo aquello que no se oponga al contenido de estas Condiciones Particulares, serán aplicables las disposiciones contenidas en las CONDICIONES GENERALES DEL SEGUROS DE VIDA GRUPO SIN DIVIDENDOS registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

I. Definiciones

En el contexto de estas Condiciones Particulares aplicarán las siguientes definiciones:

1. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

2. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.

3. Accidente

Será aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado.

4. Pérdidas Orgánicas

- a) Pérdida de la mano, 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).
- b) Pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).
- c) Pérdida de un dedo, la separación o anquilosamiento irreversible de dos falanges completas, por lo menos.
- d) Pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

II. Coberturas

Estas coberturas sólo tendrán efecto si su contratación se especifica en la Carátula de la Póliza.

1. Cobertura Muerte Accidental (CMA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura a los Beneficiarios designados, si a consecuencia de un accidente, el Asegurado fallece en la fecha del accidente o dentro de los 90 días siguientes. El pago se efectuará siempre y cuando el accidente ocurra encontrándose vigente esta cobertura, así como el Certificado correspondiente.

2. Cobertura Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (CMAPO)

La Compañía pagará la proporción que corresponda de la Suma Asegurada de esta Cobertura, de acuerdo a la Tabla de Indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, el Asegurado fallece o sufre Pérdidas Orgánicas, en la fecha en que le ocurra el accidente o dentro de los 90 días siguientes. El pago se efectuará siempre y cuando el accidente ocurra encontrándose vigente esta cobertura, así como el Certificado correspondiente.

La indemnización en caso de fallecimiento se pagará a los Beneficiarios designados y la correspondiente a Pérdidas Orgánicas se pagará al mismo Asegurado, con base en la Escala de Indemnizaciones Contratada.

La Escala de Indemnizaciones Contratada se indicará en la carátula de la póliza.

Escala A

Pérdida de:	Tabla de Indemnizaciones
La Vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
Un ojo	30 %
El dedo pulgar de cualquier mano	15 %
El dedo índice de cualquier mano	10 %

Escala B

Pérdida de:	Tabla de Indemnizaciones
La Vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
Un ojo	30 %
El dedo pulgar de cualquier mano	25 %
Los dedos índice, medio, anular y meñique de una mano	20 %
El dedo índice de cualquier mano	10 %
Los dedos anular y meñique de una mano	5 %

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

3. Cobertura por Accidente Colectivo (CAC)

Mediante esta cobertura se otorgan los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o las pérdidas orgánicas causadas por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de

pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrara el Asegurado al iniciarse el incendio.

Cancelación Automática

Las Coberturas por Accidente terminarán automáticamente en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea igual a la edad de cancelación indicada en la Carátula de la Póliza.

III. Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o las pérdidas orgánicas se deban a:

- a) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean ocasionadas directamente por los accidentes a que se refieren estos beneficios;**
- b) **Envenenamiento e infecciones de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente;**
- c) **Lesiones sufridas en servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución así como la participación directa del asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional;**
- d) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sean aérea o marítima, excepto cuando viajare en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de compañía comercial debidamente autorizada con boleto pagado, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos;**
- f) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo;**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similar, excepto cuando lo declare expresamente en el consentimiento respectivo, o dicho uso sea ocasional;**

- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza o cualquier deporte aéreo;
- i) Suicidio (consciente o inconsciente), o conato de él o mutilación voluntaria, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen;
- j) Accidentes que ocurran por culpa grave del Asegurado o que estos ocurran mientras se encuentre en estado de embriaguez o bajo efectos de drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, excepto cuando hayan sido prescritas por un médico;.
- k) Radiaciones atómicas.

*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 24 de mayo de 2010, con el número **BADI-S0008-0034-2010**.*

RECAS:001305-01

Cobertura Adicional de Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente**Condiciones Particulares**

Contenido

I.	Definiciones	24
	1. La compañía	24
	2. Asegurado	24
	3. Contratante	24
	4. Médico	24
	5. Periodo de espera	24
	6. Invalidez total y permanente	24
II.	Cobertura	25
	1. Cobertura de pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente PASI	
III.	Exclusiones	25

En todo aquello que no se oponga al contenido de estas Condiciones Particulares, serán aplicables las disposiciones contenidas en las CONDICIONES GENERALES DEL SEGUROS DE VIDA GRUPO SIN DIVIDENDOS registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

I. Definiciones

En el contexto de estas Condiciones Generales aplicarán las siguientes definiciones:

1. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

2. Asegurado

Es la persona física que a petición del contratante, ha quedado amparada bajo este contrato de seguro.

3. Contratante

Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y que se compromete a realizar el pago de las primas.

4. Médico

Persona que conforme a las disposiciones legales vigentes, se encuentre facultado para ejercer la medicina y que no sea familiar del Asegurado.

5. Periodo de Espera

Tiempo que debe de transcurrir encontrándose el Asegurado en estado de incapacidad, para que se dicte la Invalidez Total y Permanente.

6. Invalidez Total y Permanente

1. Es la Incapacidad que sufra el Asegurado de manera involuntaria a consecuencia de una enfermedad o accidente, ocurridos 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 el Periodo de Espera que se indica en la carátula de la póliza.
2. 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.
 - d) Las Incapacidades de carácter Orgánicas Funcionales.

En estos casos no aplicará el Periodo de Espera.

II. Cobertura

Esta cobertura sólo tendrá efecto si su contratación se especifica en la Carátula de la Póliza.

Cobertura de Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente PASI

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta Cobertura, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada de esta Cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período de espera especificado en la Carátula de la Póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdidas Orgánicas.

Comprobación de la Invalidez Total y Permanente.

Para comprobar la Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a Seguros El Potosí, S.A.:

- a) El dictamen del Médico o Institución de la Seguridad Social.
- 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 Seguros El Potosí, S.A. para determinar la procedencia o improcedencia del dictamen.

Cancelación Automática

Las Coberturas por Invalidez terminarán automáticamente en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea igual a la edad de cancelación indicada en la Carátula de la Póliza.

III. Exclusiones

La aplicación de los beneficios de esta cobertura no se concederán cuando la invalidez se deba a:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, o revolución así como la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional e insurrecciones;**
- b) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- c) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de compañía comercial debidamente autorizada con**

- boleto pagado, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos;
- d) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo;
 - e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similar, excepto cuando lo declare expresamente en el consentimiento respectivo o dicho uso sea ocasional;
 - f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza o cualquier deporte aéreo;
 - g) Estados de invalidez total y permanente que se originen por intentos de suicidio; lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el asegurado, contratante o beneficiario;
 - h) Estados de invalidez total y permanente originados por o padecimientos que se hayan originado a consecuencia de ingerir bebidas alcohólicas o por el consumo de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico;
 - i) Envenenamientos e infecciones de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente;
 - j) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro, que fueron diagnosticadas por un médico;
 - k) Radiaciones atómicas.

*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 10 de junio de 2010, con el número **BADI-S0008-0035-2010***

RECAS:001306-01

Cobertura Adicional de Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente**Condiciones Particulares**

Contenido

I.	Definiciones	28
	1. La compañía	28
	2. Asegurado	28
	3. Contratante	28
	4. Médico	28
	5. Periodo de espera	28
	6. Invalidez total y permanente	28
II.	Cobertura	29
	1. Cobertura de seguro saldado por incapacidad total y permanente (SAI)	
III.	Exclusiones	29

En todo aquello que no se oponga al contenido de estas Condiciones Particulares, serán aplicables las disposiciones contenidas en las CONDICIONES GENERALES DEL SEGUROS DE VIDA GRUPO SIN DIVIDENDOS registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

I. Definiciones

En el contexto de estas Condiciones Generales aplicarán las siguientes definiciones:

1. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

2. Asegurado

Es la persona física que a petición del contratante, ha quedado amparada bajo este contrato de seguro.

3. Contratante

Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y que se compromete a realizar el pago de las primas.

4. Médico

Persona que conforme a las disposiciones legales vigentes, se encuentre facultado para ejercer la medicina y que no sea familiar del Asegurado.

5. Periodo de Espera

Tiempo que debe de transcurrir encontrándose el Asegurado en estado de incapacidad, para que se dictamine la Invalidez Total y Permanente.

6. Invalidez Total y Permanente

1. Es la Incapacidad que sufra el Asegurado de manera involuntaria a consecuencia de una enfermedad o accidente, ocurridos 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 el Periodo de Espera que se indica en la carátula de la póliza.
2. 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.
 - d) Las Incapacidades Orgánico Funcionales.

En estos casos no aplicará el Periodo de Espera.

II. Cobertura

Esta cobertura sólo tendrá efecto si su contratación se especifica en la Carátula de la Póliza.

Cobertura de Seguro Saldado por Incapacidad Total y Permanente (SAI)

Si el Asegurado sufre un estado de Incapacidad Total y Permanente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta Cobertura, la Compañía conviene en otorgarle un Seguro Saldado de Vida, por la Suma Asegurada contratada, el cual iniciará su vigencia a partir de la fecha en que termine el Periodo de Espera que se especifique en la Carátula de la Póliza. Este período no se considerará cuando se trate de Pérdidas Orgánicas.

Comprobación de la Invalidez Total y Permanente.

Para comprobar la Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a Seguros El Potosí, S.A.:

- a) El dictamen del Médico o Institución de la Seguridad Social.
- 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 Seguros El Potosí, S.A. para determinar la procedencia o improcedencia del dictamen.

Cancelación Automática

Las Coberturas por Incapacidad terminarán automáticamente en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea igual a la edad de cancelación indicada en la Carátula de la Póliza.

III. Exclusiones

La aplicación de los beneficios de esta cobertura no se concederán cuando la invalidez se deba a:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, o revolución así como la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional e insurrecciones;**
- b) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador;**
- c) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de compañía comercial debidamente autorizada con**

boleto pagado, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos;

- d) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo;
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similar, excepto cuando lo declare expresamente en el consentimiento respectivo o dicho uso sea ocasional;
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza o cualquier deporte aéreo;
- g) Estados de invalidez total y permanente que se originen por intentos de suicidio; lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el asegurado, contratante o beneficiario;
- h) Estados de invalidez total y permanente originados por o padecimientos que se hayan originado a consecuencia de ingerir bebidas alcohólicas o por el consumo de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico;
- i) Envenenamientos e infecciones de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente;
- j) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro, que fueron diagnosticadas por un médico;
- k) Radiaciones atómicas.

*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 7 de julio de 2010, con el número **BADI-S0008-0036-2010***

RECAS: 001307-01

Cobertura Adicional de Últimos Gastos**Condiciones Particulares**

Contenido

I.	Definiciones	32
	1. La compañía	32
	2. Asegurado	32
	3. Contratante	32
	4. Beneficiarios	32
	5. Grupo asegurable	32
	6. Grupo asegurado	32
	7. Cónyuge	32
	8. Hijo	32
	9. Estructura familiar	32
II.	Coberturas	33

En todo aquello que no se oponga al contenido de estas Condiciones Particulares, serán aplicables las disposiciones contenidas en las CONDICIONES GENERALES DEL SEGUROS DE VIDA GRUPO SIN DIVIDENDOS registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

I. Definiciones

En el contexto de estas Condiciones Generales aplicarán las siguientes definiciones:

1. La Compañía

Seguros El Potosí, S.A.

2. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, por los riesgos amparados por la póliza respectiva.

3. Contratante

La persona moral ó física con la que se celebra el contrato de seguro.

4. Beneficiarios

Las personas que tienen el derecho a recibir el Beneficio de las coberturas contratadas, en caso de realizarse el siniestro.

5. Grupo Asegurable

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.

6. Grupo Asegurado

Los integrantes del Grupo Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

7. Cónyuge

Se considerará como cónyuge del Asegurado:

- a) Su esposa(o)
- b) Su concubina(o), siempre y cuando haya habitado con ella (él) durante un periodo mínimo de 5 años o con la(el) cual haya procreado hijos.

8. Hijo

Se considerarán como hijos del Asegurado, aquellos cuya edad sea menor a 26 años.

9. Estructura Familiar

Integrantes de la familia para los cuales se ha solicitado el seguro.

II. Coberturas

La presente cobertura sólo tendrá efecto si su contratación se especifica en la Carátula de la Póliza.

De acuerdo con el Núcleo Familiar contratado, se otorgan los beneficios que se especifican a continuación.

Estructura Familiar "A"

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura a los beneficiarios designados, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Estructura Familiar "B"

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) El fallecimiento del Asegurado
- b) El fallecimiento del cónyuge, encontrándose vivo el Asegurado

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado la suma asegurada se pagará a sus beneficiarios designados, y en caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge, la suma asegurada se pagará al Asegurado.

En el caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la cobertura para el cónyuge quedará cancelada.

Estructura Familiar "C"

La Compañía pagará suma asegurada de esta cobertura, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) El fallecimiento del Asegurado
- b) El fallecimiento del cónyuge, encontrándose vivo el Asegurado
- c) El fallecimiento de cualquiera de los hijos, encontrándose vivo el Asegurado

La suma asegurada se pagará por cada uno de los hijos que fallezcan, encontrándose vivo el Asegurado.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado la suma asegurada se pagará a sus beneficiarios designados, y en caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge o de algún hijo, la suma asegurada se pagará al Asegurado.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la cobertura para el cónyuge y los hijos quedará cancelada.

La cobertura para los hijos tendrá un tope máximo de 100 salarios mínimos mensuales del Distrito Federal, y se cancelará en el aniversario de la póliza en que su edad cumplida sea de 26 años.

La estructura familiar contratada se indica en la carátula de la póliza y en el certificado.

*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de marzo de 2010, con el número **BADI-S0008-0037-2010**.*

RECAS: 001308-01