

PÓLIZA DEL SEGURO “SEGURO ATLAS A TU MEDIDA”

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este Contrato de Seguro se definen los siguientes conceptos:

1. Aseguradora

SEGUROS ATLAS, S.A.

2. Asegurado(s). Es la persona física que gozará del beneficio o beneficios contratados, que por sus características podrán ser el Asegurado Titular y los Adicional(es).

3. Asegurado Titular: Es una persona física independiente, que voluntariamente firma su solicitud de seguro, consintiendo el ser asegurado en el plan de que se trata. Es quien paga las primas del plan con los beneficios adicionales que desee tener y designar beneficiarios.

4. Asegurado Adicional: Familiar directo del asegurado titular que es incluido en la póliza por solicitud de éste, previa aceptación de la Aseguradora.

5. Accidente

Se entenderá por accidente aquél acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado.

6. Beneficiario

Es la persona o las personas designadas en la Póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece.

CLÁUSULA 1ª. BENEFICIO BÁSICO.

FALLECIMIENTO

SEGUROS ATLAS, S.A. Seguros Atlas, S.A. pagará la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza a los beneficiarios designados si estando en vigor la póliza el Asegurado fallece dentro de la vigencia del seguro.

SUPERVIVENCIA

SEGUROS ATLAS, S.A. pagará al asegurado titular la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, al término de la vigencia del periodo de los seguros dotales

CLÁUSULA 2ª. OBJETO.

La aseguradora se obliga a brindar al asegurado la protección por los beneficios amparados en esta, a partir del momento en que el asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta y durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA 3ª. CONTRATO DE SEGURO.

Es el acuerdo celebrado entre la aseguradora y el contratante. Constituyen prueba de la celebración de este contrato: la solicitud, la carátula de la póliza y las cláusulas adicionales que se agreguen. 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 (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 4ª. CONTRATANTE.

Es aquella persona física o moral, que solicita la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas.

Para efectos de esta póliza el contratante podrá ser también asegurado. En caso de que el contratante sea el asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA 5ª. COBERTURAS.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (muerte natural, accidental o por enfermedad) durante la vigencia de esta cobertura, la Aseguradora pagará la indemnización estipulada en la Póliza, al Beneficiario designado.

CLÁUSULA 6ª. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la aseguradora en su domicilio social. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente por la aseguradora, ésta pagará la suma asegurada al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar beneficiario haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a la aseguradora. Para que esa renuncia produzca sus efectos deberán hacerse constar en la póliza y posteriormente no podrá cambiarse, excepto que el beneficiario así designado dé su consentimiento por escrito.

Cuando no haya beneficiario designado, y no se hubiere hecho uso de designación irrevocable, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y asegurado mueran simultáneamente o bien cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando haya varios beneficiarios designados, la parte del que muera antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

CLÁUSULA 7ª. SUICIDIO

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la Aseguradora, será el

importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento, menos cualquier adeudo derivado de la misma, como liquidación total.

En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de suma asegurada no estipulados en el contrato original, el período de dos años que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la Aseguradora.

CLÁUSULA 8ª. PROCEDIMIENTOS

1 Renovación

Este seguro se renovará automáticamente a su vencimiento, por periodos de un año.

El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación, la prima a cargo del Asegurado será la que corresponda a su edad alcanzada y se aplicarán las tarifas de primas en vigor.

2 Edad

Los límites de admisión fijados por la Aseguradora, en la fecha de expedición del Contrato, son de 15 años de edad como mínimo y 70 como máximo, para el asegurado titular.

La edad de los asegurados, debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, la que extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas. Tal requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de la suma asegurada.

Si antes de ocurrir un siniestro, se descubre que el asegurado declaró inexactamente la edad y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por la Aseguradora, la Póliza seguirá en vigor por la misma suma asegurada, de acuerdo con las reglas siguientes:

a).- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

b).- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima mas elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato, las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

c).- En cualquier caso, el Asegurado estará obligado a pagar a la Aseguradora, en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del asegurado de que se trate.

d).- Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Si en vida de los asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al expedirse la póliza de seguro, estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta Póliza, el Contrato se rescindirá para el asegurado cuya edad haya estado fuera del límite, la respectiva póliza individual carecerá de valor y será devuelta al asegurado sólo la parte no devengada de la última prima pagada por concepto del seguro correspondiente al expresado miembro.

3 Cancelación del Seguro

El Seguro con respecto a cualquier Asegurado podrá ser cancelado si el Asegurado lo solicitan por escrito, con 30 días de anticipación a la Aseguradora. La cancelación será efectiva a partir de la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la póliza.

Cancelación Automática

Esta póliza se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Fallecimiento.
2. Que por voluntad del Asegurado la prima no sea pagada una vez transcurrido el periodo de gracia.
3. Al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado titular sea de setenta y un (71) años

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PAGO DE PRIMAS

La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a la cobertura por fallecimiento más los gastos de expedición de la póliza.

El contratante, en cualquier aniversario de la póliza puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que las partes hayan pactado señalada en la carátula de la póliza. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada mes, trimestre o semestre, según sea el caso.

El comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

CLÁUSULA 2ª. PERÍODO DE ESPERA PARA EL PAGO DE PRIMAS.

Si el contratante no hubiese pagado la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo

CLÁUSULA 3ª. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 2ª. Periodo de espera para el pago de primas de estas Disposiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al

comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

CLÁUSULA 4ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

La cobertura inicia a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza, la cual tendrá una duración de un año y se podrá renovar por periodos iguales.

CLÁUSULA 5ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la Aseguradora y el contratante, haciéndose constar mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

CLÁUSULA 6ª. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El contratante y el asegurado al formular la propuesta del seguro están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes, para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro. .

CLÁUSULA 7ª. DISPUTABILIDAD

Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia o de la de su rehabilitación y al efecto la Aseguradora renuncia a los derechos que le asisten para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo en la solicitud del seguro.

CLÁUSULA 8ª. CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones acerca de residencia, ocupación, viajes y género de vida del asegurado.

CLÁUSULA 9ª. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones, solicitudes o avisos que el asegurado necesite hacer a la Aseguradora, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en la Ciudad de México, D.F. o en sus oficinas

de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la Aseguradora excepto que ésta se lo indicare al asegurado. Las comunicaciones de la Aseguradora para el asegurado se harán en igual forma en el último domicilio del asegurado que fuere conocido por la Aseguradora.

La Aseguradora entregara al asegurado un ejemplar de la póliza y de estas condiciones generales.

CLÁUSULA 10ª. COMPETENCIA

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

CLÁUSULA 11ª. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

CLÁUSULA 12ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen

CLÁUSULA 13ª. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del contratante y/o asegurado a la Aseguradora, o de ésta al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época del pago.

CLÁUSULA 14ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

Durante la vigencia de la Póliza, el asegurado podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA 15ª. LIQUIDACIÓN.

La aseguradora pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la aseguradora por concepto de primas que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza.

CLÁUSULA 16ª. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

En caso de ocurrir el **FALLECIMIENTO** de cualquiera de los asegurados cubiertos por el presente certificado, deberá seguirse el siguiente procedimiento:

1. El beneficiario deberá comunicarse por teléfono, correo electrónico o por correo tradicional, a:

Seguros ATLAS, S.A.

.Paseo de los Tamarindos n° 60
Colonia Bosques de las Lomas
Delegación. Cuajimalpa,
C.P. 05120, México, D.F.
Teléfonos: 52498333 en el área Metropolitana
01 800 849 3918 Lada sin Costo para el Interior de la República

La comunicación que realice, servirá para agilizar los trámites, y que el beneficiario reciba orientación respecto de su reclamación. Concerté una cita para la presentación de documentos, con la finalidad realizar sus tramites.

2. Para realizar la reclamación por **FALLECIMIENTO** deberán tenerse a la mano los siguientes documentos en original y copia fotostática:

- a. La póliza de seguro.
- b. Acta de Defunción del Asegurado.
- c. Acta de Nacimiento del Asegurado.
- d. Últimos recibos de pago del seguro. En caso de ser pagado vía descuento por nómina, últimos 2 talones de pago de salario donde conste el descuento realizado y en caso de ser pagado por tarjeta de crédito, últimos 2 estados de cuenta bancarios.
- e. Identificación oficial vigente del beneficiario: Credencial de Elector, Pasaporte, Cartilla Militar o Cédula Profesional.

En el caso de **MUERTE ACCIDENTAL DEL TITULAR**: Adicionalmente deberá entregar informe médico certificado o acta ministerial donde conste la relación detallada de los hechos que originaron el fallecimiento.

En el caso de **PÉRDIDAS ORGÁNICAS**: Adicionalmente deberá entregar informe médico donde conste la relación detallada de los hechos que originaron la pérdida orgánica.

En caso de presentarse siniestro por **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL TITULAR**, adicionalmente deberán incluirse los siguientes documentos:

- a. Informe detallado del o los médicos tratantes respecto del padecimiento o accidente que originó la invalidez.
- b. Si se cuenta con servicio de seguridad social, constancia de INVALIDEZ (En su caso) para el trabajador.

En caso de presentarse siniestro por **GASTOS FUNERARIOS A FAMILIARES**, se requiere de los mismos documentos descritos en la cobertura de Fallecimiento del Titular.

Para el trámite del **ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES**, se requiere de los siguientes documentos:

- a. Informe detallado de los médicos tratantes respecto del padecimiento cubierto y grado de evolución
- b. Solicitud del asegurado (o de alguno de los beneficiarios, en caso de que al asegurado ya no le sea posible solicitar el anticipo)
- c. Identificación oficial del asegurado
- d. Últimos recibos de pago del seguro. En caso de ser pagado vía descuento por nómina, últimos 2 talones de pago de salario donde conste el descuento realizado y en caso de ser pagado por tarjeta de crédito, últimos 2 estados de cuenta bancarios.

La aseguradora tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro. Una vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, conforme a mecanismos de pago que permitan al beneficiario gozar de los beneficios del seguro, la indemnización deberá efectuarse dentro un plazo máximo de cinco días hábiles.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.

CONDICIONES DE ENDOSOS ADICIONALES

Los endosos que a continuación se especifican operan solamente si se encuentran mencionados en la póliza. Si existen contradicciones específicas entre los endosos y las condiciones de la póliza, prevalecerán las especificaciones de los endosos.

COBERTURA OPCIONAL

1. MUERTE ACCIDENTAL.

La Aseguradora pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para este beneficio, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de su póliza, el asegurado fallece, siempre y cuando esto ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de dicho accidente.

Para que surja la responsabilidad de la Aseguradora será necesario que el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

EDADES DE ACEPTACIÓN

las edades de aceptación son quince (15) años la mínima y setenta (70) años la máxima.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

La cobertura de muerte accidental se cancelará en los siguientes casos:

En el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de setenta y un (71) años.

Cuando el Asegurado esté disfrutando de los beneficios que para el caso de Invalidez Total y Permanente pueda concederle la póliza, en cuyo caso, al momento de pagar la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente, se devolverá la prima neta no devengada correspondiente a (los) beneficio (s) de accidente.

En el momento en que por una o más reclamaciones, se pague el 100% de la indemnización.

En el aniversario de la póliza siguiente a la fecha del accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones aquí previstas.

EXCLUSIONES.

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE SE DEBA A:

- a. **SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL**
- b. **INFECCIONES QUE NO PROVENGAN DEL ACCIDENTE CUBIERTO**
- c. **ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS U OPERACIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO CUANDO SEAN MOTIVADAS POR LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO**
- d. **LESIONES SUFRIDAS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTO POPULAR, INSURRECCIONES O TERRORISMO**
- e. **LESIONES SUFRIDAS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO**
- f. **LESIONES RECIBIDAS AL PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ALGUNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL HAYA SIDO EL PROVOCADOR**

- g. ACCIDENTES QUE OCURRAN DURANTE LA CELEBRACIÓN DE CARRERAS, PRUEBAS, O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO**
- h. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO HAGA USO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS Y OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR; EXCEPTO EL CASO DE QUE HAYA DECLARADO EL USO DE ESTA PARA EL DESEMPEÑO HABITUAL DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LA ASEGURADORA HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE SU COBERTURA**
- i. ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE REALIZANDO ACTIVIDADES DE PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, SKI, TAUROMAQUIA, CAZA, DEPORTES AÉREOS O PARTICIPANDO EN CUALQUIER FORMA DE NAVEGACIÓN SUBMARINA O CAÍDA LIBRE CON RESORTE**
- j. INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE POR UN ACCIDENTE CUBIERTO**
- k. RADIACIONES IONIZANTES**

- l. LESIONES O MUERTE SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, ENERVANTE O ESTIMULANTE, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- m. LESIONES O MUERTE QUE SE ORIGENEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, SIEMPRE Y CUANDO INFLUYA EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO**
- n. ENVENENAMIENTO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO**
- o. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.

ENDOSO DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

COBERTURA OPCIONAL

La Aseguradora conviene en pagar al Asegurado la suma asegurada contratada para este beneficio en caso de que se invalide total y permanentemente, en una sola exhibición, al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición.

Descripción

Para efectos de esta cláusula se considerará que existe Invalidez Total y Permanente cuando el asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo, y que haya transcurrido un periodo no menor a seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

La Aseguradora conviene en pagar al Asegurado que quede invalidado a causa de enfermedad o accidente, en las condiciones señaladas anteriormente y a partir de la fecha en que se diagnostique la existencia de la Invalidez Total y Permanente, la suma contratada para este beneficio en pago único.

PRUEBAS

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el asegurado deberá presentar a la Aseguradora, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez Total y Permanente, mismo que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, designado por la Aseguradora y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Para la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, las edades de aceptación son quince (15) años la mínima y sesenta y cinco (65) años la máxima.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

El Asegurado en cualquier momento podrá pedir la cancelación de esta cláusula, solicitándolo por escrito.

Este beneficio se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin la necesidad de la declaración expresa de la Aseguradora, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 66 años.

EXCLUSIONES

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- a. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- b. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, insurrección o manifestaciones violentas en las que participe el asegurado en forma directa.
- c. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- d. Lesiones intencionales producidas en riña siempre que el Asegurado sea el provocador.
- e. La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viajara como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.
- f. Lesiones que sufra el Asegurado por participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- h. Lesiones que sufra el Asegurado mientras se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, fútbol americano, alpinismo, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, charrería, esquí, tauromaquia, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel.
- i. 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, aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar desapercibidas.
- j. Radiaciones atómicas.
- k. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento o drogas, excepto las prescritas por un médico.

- I. Lesiones que sufra el asegurado por negligencia grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- m. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- n. Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.

ENDOSO DE GASTOS FUNERARIOS PARA ASEGURADOS ADICIONALES “FAMILIARES”

COBERTURA OPCIONAL

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio estipulada en la carátula de la póliza al Asegurado Titular si estando en vigor la póliza, alguno de sus Familiares, que se encuentre asegurado, fallece dentro de la vigencia del seguro.

Para efectos del otorgamiento del presente beneficio se entiende como familiar a los hermanos, primos, sobrinos, tíos y ascendientes (padre y madre) o personas que vivan en el domicilio del asegurado.

A estos asegurados, en caso de ser incluidos en la Póliza del Asegurado, se le dará el carácter de Asegurados Adicionales.

Al ocurrir el fallecimiento de los Asegurados Adicionales, se indemnizará al Asegurado Titular por la suma asegurada indicada para este fin en la carátula de la Póliza. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada por fallecimiento del Asegurado Titular

Para los Menores de 12 años en ningún caso se podrá exceder la suma asegurada de cuatro veces el Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal elevado al año.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Para la cobertura de Gastos Funerarios de Familiares, las edades de aceptación son de cero (0) a ochenta (80) años, para los asegurados adicionales.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

La cobertura de gastos funerarios se cancelará en los siguientes casos:

- Al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado titular sea de setenta y un (71) años
- Tratándose de asegurados adicionales, al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado adicional sea de ochenta y un años (81) años
- Si el Asegurado está haciendo uso de alguno de los beneficios de Invalidez Total y Permanente o accidente, al momento de pagar la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente o accidente, se devolverá la prima neta no devengada del beneficio que no está siendo indemnizado.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE:

a. SUICIDIO, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL. SI ESTO OCURRE DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑO DE LA VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA DE SEGURO, LA ASEGURADORA SOLAMENTE DEVOLVERÁ LA

RESERVA MATEMÁTICA. ESTE SERÁ EL PAGO TOTAL QUE SE HARÁ POR CONCEPTO DEL SEGURO DEL EXPRESADO MIEMBRO. EN CASO DE REHABILITACIÓN, EL PLAZO DE DOS AÑOS, SE CONTARÁ A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ÉSTA SEA ACEPTADA POR LA ASEGURADORA.

b. FALLECIMIENTOS OCURRIDOS EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, ALBOROTOS POPULARES O INSURRECCIÓN.

c. FALLECIMIENTOS OCURRIDOS EN ACTOS DELICTIVOS DE CARÁCTER INTENCIONAL, COMETIDOS POR EL ASEGURADO.

d. FALLECIMIENTOS OCURRIDOS AL PARTICIPAR EN UNA RIÑA, SIEMPRE QUE ÉL, EL ASEGURADO, SUS HIJOS O FAMILIARES DIRECTOS HAYAN SIDO LOS PROVOCADORES.

e. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CULPA GRAVE O TEMERIDAD CUANDO ESTA CONDUCTA HAYA INFLUIDO DIRECTAMENTE EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.

Endoso del Beneficio Adicional Ayudando en Vida (Anticipo por Enfermedades Graves)

I. Suma Asegurada

La suma asegurada correspondiente a este beneficio se calculará como un porcentaje de la suma asegurada para la cobertura básica de la póliza, Dicho porcentaje se especificará en la carátula de la póliza,

II. Límites de Edad

Admisión: 15 años de Edad como mínimo y 65 como máximo.

III. Beneficio

Seguros Atlas, S. A. anticipará en un pago al asegurado en la póliza, la suma asegurada que corresponda según lo indicado en el punto anterior, siempre que se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que al asegurado le sea diagnosticado, al menos seis meses después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, un estado de "**Enfermedad Terminal**", de acuerdo a las definiciones y condiciones que para este efecto se indican en el presente endoso.
- b) Que el asegurado no hubiera nombrado ningún beneficiario(s) con carácter de irrevocable, y en caso de haberlo hecho, que dicho(s) beneficiario(s) haya(n) notificado por escrito a Seguros Atlas, S. A. que están de acuerdo en que el asegurado haga uso de este beneficio.
- c) Que el propio asegurado o quien legalmente represente sus derechos, haga reclamación formal y por escrito a Seguros Atlas, S. A. del pago anticipado de que trata el presente endoso.
- d) Que la póliza se encuentre vigente,.

IV. Enfermedad terminal

Para todos los efectos de este beneficio, se entenderá que el asegurado se encuentra en un estado de "**Enfermedad Terminal**" cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que se le diagnostique cualquiera de los padecimientos considerados en este endoso como "**Enfermedad Terminal**".
- b) Que quede asentado por un médico especialista, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o en su caso, por un médico designando por Seguros Atlas, S. A.
- c) Que las condiciones de salud del asegurado ocasionarán de forma altamente probable su muerte dentro de un lapso no mayor a doce meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente.
- d) Que la opinión médica ha rechazado el tratamiento activo para aliviar los síntomas, siendo esto del conocimiento del asegurado y de su familia estando todo lo anterior avalado por un médico de Seguros Atlas, S. A.

Los únicos padecimientos que para efectos de este endoso son considerados como "**Enfermedad Terminal**" son los que a continuación se definen:

1) Infarto al miocardio. Muerte de una gran parte del músculo cardíaco a consecuencia de una disminución importante de abastecimiento sanguíneo.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Se demuestren cambios específicos y permanentes en el electrocardiograma.
- b) El infarto del miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 días fuesen en unidad coronaria o similar (terapia intensiva) con tratamiento bajo vigilancia de un cardiólogo certificado.
- c) La fracción de eyección sea menor a 30%.
- d) Exista insuficiencia cardíaca de grado IV.
- e) No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia del mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.

2) Accidente vascular cerebral. Cualquier alteración cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas irreversibles por más de 96 horas.

Se procederá al pago de esta cobertura siempre y cuando:

- a) Exista una valoración de los médicos de Seguros Atlas, S. A. en la que se determine que no existen pruebas evidentes de la recuperación del problema neurológico.
- b) El accidente vascular cerebral se hubiera tratado en un hospital.
- c) Se haya determinado neurológicamente que por fallo de la función cerebral caracterizado por falta de respuesta a cualquier estímulo, el asegurado necesita el uso persistente y continuo de aparatos para soportar la vida.
- d) Exista destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra craneal así como pruebas de disfunción neurológica permanente; estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas como mínimo desde la fecha del accidente. Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles, así como las lesiones cerebrales provocadas por el uso de alcohol o drogas.

3) Cáncer. La presencia de un tumor maligno de clasificación internacional grado IV, caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolables de células malignas y la invasión del tejido normal por éstas. En cualquier caso deberá demostrarse esta situación mediante estudio patológico.

Quedan incluidos entre otros: leucemia, linfomas, y la enfermedad de Hodgkin

(linfogranuloma)

Se excluyen: cualquier tipo de cáncer de piel (excepto melanomas malignos), tumores considerados como pre-malignos, cáncer in situ no invasivo y, tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o SIDA.

4) Insuficiencia renal crónica con necesidad de diálisis renal. El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, comprobable con las pruebas de función renal y estudios de patología relacionados al caso.

V. Condiciones especiales

- 1. El pago que, en su caso, efectúe Seguros Atlas, S. A. al amparo de este beneficio, producirá los siguientes efectos:**
 - a) El presente endoso, podrá ser aplicado sólo una vez durante toda la vigencia de la póliza.
 - b) Seguros Atlas, S. A. se reserva el derecho de determinar la procedencia (en su caso) del siniestro por fallecimiento mediante los procedimientos normales que para este efecto tiene establecidos, aún cuando con anterioridad hubiera otorgado el anticipo cubierto por este endoso.

- 2. Periodo de espera para el pago del beneficio:** Cada una de la enfermedades terminales descritas, deberán ser confirmadas por un médico nombrado por Seguros Atlas, S. A. y debe ser demostrada mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio. Por esta razón, Seguros Atlas, S. A. dispondrá de un periodo de un mes a partir de que el asegurado presente la reclamación con las pruebas que Seguros Atlas, S. A. solicite para otorgar este beneficio.

- 3. Terminación de la cobertura que ampara este beneficio.**

La presente cobertura se dará por terminada al cumplirse cualquiera de los siguientes eventos:

 - a) Por el pago del beneficio.
 - b) Por falta de pago oportuno de las primas.
 - c) Por cancelación a solicitud del asegurado.
 - d) Por falsas e inexactas declaraciones en la solicitud del seguro.
 - f) La muerte del asegurado.
 - g) Al vencimiento del aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado titular sea de sesenta y seis (66) años

VI. Exclusiones. No podrá reclamarse ni obtenerse el beneficio convenido en el presente endoso:

- a) **Si la enfermedad terminal resulta como consecuencia de lesiones**

- autoinflingidas y/o intento de suicidio.**
- b) Si la enfermedad cubierta es de origen y manifestación sintomática anterior a la fecha de inclusión de este endoso en la póliza.**
 - c) Si a la fecha de la reclamación hubiera terminado la vigencia de este beneficio o hubiera cesado en sus efectos el contrato de seguro del que forma parte.**
 - d) Si el asegurado padece de adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos.**
 - e) Si el asegurado es sometido a procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias, como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial.**
 - f) Si el asegurado padece de cualquier cáncer no invasivo e “in situ”, así como el cáncer de la piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión.**
 - g) Si las enfermedades sufridas por el asegurado son por riesgos nucleares.**
 - h) Si el asegurado es sometido a transplantes que sean procedimientos de investigación.**
 - i) Si el asegurado padece SIDA o presencia del virus V.I.H.**
 - j) Si la enfermedad terminal resulta como consecuencia de lesiones de una riña cuando el asegurado sea el provocador o alborotos populares.**
 - k) Si el asegurado esta en el caso de periodos temporales de diálisis y/o si al asegurado se le extrae un solo riñón.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.

Endoso de Administración de Sumas Aseguradas provenientes de Seguros Dotales

Objeto

Otorgar al trabajador al vencimiento del seguro dotal, la posibilidad de contar con un mecanismo que permita la administración de sumas aseguradas

Descripción

Se contempla que los asegurados puedan recibir el apoyo de la Aseguradora para que se les administren los recursos derivados del pago de las sumas aseguradas, en cuyo caso los fondos serán invertidos y entregados al titular o a la persona que este designe, en el momento que lo deseen

En los planes con objetivo de ahorro, los seguros dotales tendrán vencimiento a un día.

Fondo de Inversión

La Aseguradora podrá administrar los valores en efectivo, propiedad del asegurado o de los beneficiarios, provenientes de seguros dotales o de indemnizaciones de sumas aseguradas. Dichos valores en administración constituyen el fondo de inversión.

Este fondo genera intereses según la tasa de rendimiento obtenidos por la aseguradora en sus inversiones. Dichos intereses se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real en que los abonos ingresaron al fondo de inversión. La Aseguradora deducirá mensualmente el 12% del rendimiento obtenido en el mes, por concepto de gasto de administración.

El fondo de inversión formará parte de la liquidación que haga la Aseguradora al asegurado en caso de cancelarse la póliza o, de la liquidación que se haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado o el término de la vigencia del plan.

Dicho fondo se apegará a las reglas vigentes para la inversión de las reservas técnicas, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Retiros

El asegurado podrá realizar al año, como máximo, dos retiros de su fondo, ya sea por el total o por un monto parcial de los recursos disponibles, mediante solicitud por escrito a la Aseguradora

Por cada retiro efectuado, la Aseguradora tendrá derecho a aplicar un cargo por concepto de gastos de administración, equivalente al 20% de un día de Salario Mínimo Diario del Distrito Federal.

Estado de Cuenta

Por lo menos cada tres meses se enviará al asegurado un estado de cuenta de manera impresa indicándole los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado

El asegurado dispone de 45 días naturales para solicitar cualquier rectificación, contados a partir de que reciba el estado de cuenta en el último domicilio registrado por la Aseguradora

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0481-2008 de fecha 18/12/2008.