

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO AYUDA HOSPITALARIA

Contenido

CONDICIONES PARTICULARES.....	4
Definiciones.....	4
Cláusula 1. Cobertura básica	6
Indemnización diaria por hospitalización (IDH)	6
Cláusula 2. Coberturas adicionales obligatorias	7
a) Indemnización por primer diagnóstico de enfermedad grave (IPDEG)	8
b) Indemnización quirúrgica (IQ)	10
c) Apoyo económico para últimos gastos (Fallecimiento del Asegurado Titular)	12
Cláusula 3. Procedimiento en caso de siniestro	12
Para el pago de cualquier beneficio	12
Indemnización diaria por hospitalización (IDH)	12
Indemnización por primer diagnóstico de enfermedad grave (IPDEG)	12
Indemnización quirúrgica (IQ)	13
Apoyo económico para últimos gastos (Fallecimiento del Asegurado Titular)	13
Cláusula 4. Cancelación automática del seguro	13
Cláusula 5. Edades de aceptación	13
Cláusula 6. Edades de cancelación	13
Cláusula 7. Vigencia del seguro	14
Cláusula 8. Ingresos a la Colectividad Asegurada	14
Cláusula 9. Separaciones de la Colectividad Asegurada	14
Cláusula 10. Obligaciones del Contratante	14
CONDICIONES GENERALES.....	15
Cláusula 11. Primas y obligaciones de pago	15
Cláusula 12. Moneda	17
Cláusula 13. Régimen fiscal	17
Cláusula 14. Comunicaciones.....	17
Cláusula 15. Rectificación de la Póliza.....	17
Cláusula 16. Modificaciones.....	17
Cláusula 17. Renovación de la póliza.....	17
Cláusula 18. Terminación anticipada del Contrato	17

Cláusula 19. Rehabilitación de la Póliza	18
Cláusula 20. Suicidio	18
Cláusula 21. Competencia.....	18
Cláusula 22. Indemnización por Mora	19
Cláusula 23. Póliza y condiciones generales	19
Cláusula 24. Comisiones o compensaciones directas a intermediarios de seguros.....	19
Cláusula 25. Prescripción	19
Cláusula 26. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro	19

SEGURO COLECTIVO AYUDA HOSPITALARIA

CONDICIONES PARTICULARES

Definiciones

Para efecto de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

Accidente: Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto, no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Aseguradora: Seguros Atlas, S.A.

Asegurado: Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta póliza.

Asegurado Titular: Persona que contrata por sí mismo y/o por cuenta de terceros, la oferta del seguro y quien es el obligado del pago de la prima

Colectividad Asegurable: Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Contratante de la Póliza: Es aquella persona moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sus clientes, trabajadores y demás personas con las que tenga un interés jurídico para su aseguramiento, comprometiéndose a realizar el pago de las primas correspondientes en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad, así como a recabar la información necesaria para el aseguramiento.

Concubina (rio): Persona soltera con quien el Asegurado Titular haya vivido en forma permanente y sin impedimento legal por el tiempo y en los términos que la ley refiera para adquirir ese carácter.

Consentimiento - Certificado Individual: Es el documento (en adelante solamente Certificado) por el que una persona (con perfil de elegibilidad conforme a la póliza) externa su voluntad de ser asegurada y por el que se acredita formar parte de la Colectividad asegurada con las coberturas, así como los beneficiarios ahí designados y conforme a la Póliza contratada.

Cónyuge: Persona unida a través del matrimonio con el Asegurado Titular.

Día de estancia: Período de 24 horas continuas, en las que el asegurado se encuentra hospitalizado, o en una clínica, hospital, o sanatorio, comprobable y justificada médicamente para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

Edad: Para efectos de este contrato se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la Fecha de Ingreso a la Colectividad Asegurada y las subsecuentes renovaciones.

Elegibilidad: Descripción del perfil de las personas aseguradas, establecidas por el Contratante y que aparece en el Certificado.

Enfermedad: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Familiares Dependientes: Serán considerados como Familiares Dependientes del Asegurado Titular las siguientes personas:

- Su cónyuge o concubina (rio)
- Sus hijos solteros

Hospital: Institución legalmente autorizada, para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día.

Suma Asegurada: La responsabilidad de la Aseguradora, en cada reclamación procedente, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Certificado, endosos, condiciones generales y especiales de la Póliza.

Médico: Persona que ejerce la medicina especialista en la materia de que se trate, con título y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

Padecimiento Preexistente: Enfermedad y/o padecimiento que se manifiesta en el Asegurado antes de la contratación de la Póliza y por los cuales se haya documentado un diagnóstico o tratamiento médico.

Periodo de carencia: Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la póliza, a fin de que ciertas enfermedades o padecimientos puedan ser cubiertos.

Con base en lo anterior, no se cubrirán las reclamaciones por enfermedades o padecimientos que se presenten durante este periodo de tiempo.

Este periodo deberá ser cumplido por cada Asegurado cuando se contrate por primera vez este seguro y/o en caso de rehabilitación de la póliza.

Póliza: Documento que contiene los derechos y obligaciones de las partes, de los asegurados y sus familiares dependientes.

Primer diagnóstico: Se refiere al diagnóstico médico definitivo por primera vez de alguno de los padecimientos cubiertos por este seguro.

Siniestro: La realización del evento cubierto de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro pactado.

Sistema RAI: Es un sistema de determinación de estadios de leucemia. Se compone de las etapas 0 a IV y clasifica la leucemia linfocítica crónica (CLL) en bajo, intermedio y alto riesgo categorías, que corresponden con las etapas 0, I y II, y III y IV.

Cláusula 1. Cobertura básica

La siguiente cobertura ampara al Asegurado titular y a los familiares dependientes que se señalen en el Certificado de la Póliza de este seguro.

Sólo en caso de haberse contratado desde inicio el seguro con inclusión de familiares, cuando suceda un nacimiento en el transcurso de la vigencia de la póliza, el nuevo recién nacido deberá ser reportado por el Asegurado Titular dentro ésta, a la Aseguradora para su inclusión en esta cobertura.

Indemnización diaria por hospitalización (IDH)

Se pagará al Asegurado Titular o familiar dependiente la indemnización diaria estipulada en el Certificado de la Póliza, si se hospitalizan a consecuencia de un accidente o enfermedad por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

La Aseguradora pagará por asegurado desde el primer día de hospitalización y como máximo hasta 30 días de hospitalización al año, con la condición de que el asegurado tenga una estancia mínima de 24 horas continuas, por cada internamiento cubierto.

Cancelación de cobertura

Una vez agotados los 30 días, esta cobertura quedará cancelada hasta la próxima vigencia para el Asegurado (titular o familiar dependiente) que los haya reclamado, quedando vigente únicamente para los demás Asegurados en esta Póliza.

Exclusiones IDH

- **Enfermedad preexistente, defectos congénitos o hereditarios**
- **Hospitalización prescrita por el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos o hermanos)**
- **Hospitalización causada o acelerada por:**
 - **Participar directamente en o derivado de: terrorismo, actos de guerra (sea ésta declarada o no), servicio militar y/o naval, invasión, conmoción civil, sublevación (sedición o motín), rebelión insurrección o revolución, marchas, huelgas, manifestaciones, mítines, vandalismo, levantamientos o movimientos populares, atentados o delitos contra la seguridad interior del estado, o cualquier otro acto con naturaleza similar**

- **Participación directa del Asegurado en actos delictivos**
- **Peleas o riñas; salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste en contra del Asegurado, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público**
- **Lesiones o mutilaciones auto-infligidas si son ocasionadas por sí sólo o en acuerdo con otra persona**
- **Accidentes o enfermedades causadas por el uso de alcohol y/o drogas no prescritas por un médico**
- **Aborto o partos**
- **Existencia de VIH/SIDA**

Asimismo, no se cubrirán

- **Diálisis**
- **Condición psiquiátrica**
- **Cirugía cosmética o plástica**
- **Procedimientos electivos**
- **Tratamiento dental**
- **Tratamiento óptico de rutina**
- **Tratamientos de esterilización o de fertilidad**
- **Tratamientos experimentales**
- **Trastornos mentales, depresión, histeria, estrés, neurosis, psicosis o cualquier otra enfermedad psiquiátrica, problemas psicológicos, afecciones del sistema nervioso psicomotriz, trastornos del lenguaje o aprendizaje (sin importar sus manifestaciones clínicas), trastornos del sueño, apnea y uvulopalatoplastías, sin importar su origen.**
- **Variaciones de peso: obesidad, reducción/incremento de peso, bulimia, anorexia nerviosa**
- **Cuidados por convalecencia, de descanso, cuidado hospitalario**

Cláusula 2. Coberturas adicionales obligatorias

De manera adicional, las siguientes coberturas amparan al Asegurado titular y a los familiares dependientes señalados en el Certificado de la Póliza de este seguro.

Sólo en caso de haberse contratado desde inicio el seguro con inclusión de familiares, cuando suceda un nacimiento en el transcurso de la vigencia de la póliza, el nuevo recién nacido deberá

ser reportado por el Asegurado Titular dentro ésta, a la Aseguradora para su inclusión en estas coberturas.

a) **Indemnización por primer diagnóstico de enfermedad grave (IPDEG)**

Se pagará al Asegurado Titular o familiar dependiente la Suma Asegurada, estipulada en el Certificado de la Póliza, si le es diagnosticada por primera vez en su vida por un médico especialista en la materia legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, alguna de las siguientes enfermedades graves:

- Insuficiencia renal crónica

Etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

Exclusión

- **Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tratamiento**

- Infarto miocárdico

Primera ocurrencia de un infarto miocárdico definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio.

Exclusiones

- **Angina de pecho**
- **Micro infartos con sólo una elevación mínima de la Troponina-T y sin anomalía diagnóstica en el trazo del electrocardiograma (ECG) o signos clínicos**

- Accidente cerebrovascular

Cualquier accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (Tomografía Axial Computarizada) y/o RMN (Resonancia Magnética Nuclear).

Exclusiones

- **Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo**
- **Accidente Isquémico Transitorio**

- **Cáncer**

Tumor caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un oncólogo o patólogo a través de análisis histológicos.

Exclusiones

- **Carcinoma in situ, displasias cervicales de cualquier grado, CIN I, II Y III, situaciones calificadas como premalignas o cánceres no invasivos,**
- **Cánceres de piel excepto el melanoma maligno, a menos que haya metástasis**
- **Cualquier tipo de tumor maligno relacionado con VIH/SIDA**
- **Leucemia linfocítica crónica en estadio menor a RAI-III**
- **Sarcoma de Kaposi**

Exclusiones adicionales aplicables a todas las enfermedades graves

- **Diagnósticos médicos realizados por el Asegurado o familiar directo del Asegurado**
- **Que el diagnóstico médico del inicio de la enfermedad se ubique dentro del periodo de carencia o fuera de la vigencia de la Póliza**
- **Enfermedades o condiciones congénitas preexistente**
- **Cualquier enfermedad con presencia de infección por VIH, incluyendo SIDA o cualquier mutación o derivación**
- **Abuso del alcohol**
- **Uso de drogas, sustancias tóxicas, estimulantes o narcóticos, sin prescripción médica**
- **Envenenamiento, salvo si este fuera accidental**

Periodo de carencia para enfermedades graves

Esta cobertura cuenta con un periodo de carencia de 60 días contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de este seguro.

Cancelación de cobertura

Esta cobertura quedará cancelada para el Asegurado (titular o familiar dependiente) que la haya reclamado, quedando vigente únicamente para los demás Asegurados en esta Póliza.

b) Indemnización quirúrgica (IQ)

Se pagará al Asegurado Titular o familiar dependiente la Suma Asegurada contratada para esta cobertura que aparece en el Certificado de la Póliza por única ocasión y dentro de la vigencia de la póliza, si es sometido, por primera vez en su vida, a alguno de los procedimientos quirúrgicos descritos a continuación:

Procedimientos cubiertos:

- Apendicectomía

Extirpación quirúrgica del apéndice cecal que se lleva a cabo para el tratamiento de la inflamación del apéndice (apendicitis aguda) evidenciada y comprobada mediante estudios de laboratorio (estudios de sangre) y gabinete (radiografías, ultrasonido, TAC).

- Tratamiento quirúrgico de litiasis renal y de vías urinarias

Es el procedimiento quirúrgico, ya sea por cirugía convencional o endoscópica, para el tratamiento de la obstrucción parcial o total de las estructuras urinarias (riñón y uréter) por la presencia de litos (piedras) de cualquier índole, demostrada y comprobada mediante estudios de gabinete que revelen fehacientemente la presencia de dichas piedras en alguna de las estructuras urinarias señaladas previamente.

Queda excluida de esta cobertura y no se considerará como parte de ella la litotricia extracorpórea.

- Prostatectomía

Extirpación o resección quirúrgica parcial o total de la próstata derivada del crecimiento o hipertrofia benigna de la próstata que condiciona alteración en el flujo urinario por obstrucción parcial o total de la uretra en su región prostática, la cual, una vez diagnosticada por exploración física, deberá comprobarse mediante estudios de imagenología (ultrasonido o TAC) plenamente identificados con nombre del paciente y fecha de realización, así como estudios de laboratorio (antígeno prostático).

Queda excluida la resección total o parcial de la próstata derivada de cáncer de próstata.

- Histerectomía

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo por el tratamiento de múltiples enfermedades del sistema reproductivo femenino, mediante el cual se extirpa el útero con o sin anexos como ovarios,

trompas de Falopio o cuello uterino, justificado y comprobado mediante resumen clínico de médico oncólogo sobre la enfermedad que condiciona dicho procedimiento así como informe de estudio histopatológico, ambos plenamente identificados con nombre de la asegurada y fecha de realización del procedimiento.

Queda excluida la histerectomía con o sin anexos, derivada de cáncer cérvico uterino.

- Colecistectomía

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de la presencia de piedras (litos) en la vesícula biliar o en los conductos biliares y que origina obstrucción del paso de la bilis al intestino y cambios inflamatorios de dichas estructuras, que amerite resolución quirúrgica y que se demuestre o compruebe mediante estudios de imagenología (como ultrasonido) plenamente identificados con el nombre del asegurado y fecha de realización del procedimiento, así como el reporte del estudio de histopatológico.

- Tratamiento quirúrgico de divertículos del colon

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de los divertículos del colon, que son pequeñas bolsa o sacos que sobresalen en la pared del intestino grueso y que a menudo se inflaman, se infectan o sufren de otras complicaciones. El tratamiento quirúrgico implica usualmente la resección de una parte del colon. Se diagnostican clínicamente y se demuestran o comprueban mediante estudios de imagen plenamente identificados con nombre del asegurado y fecha de realización.

- Hernioplastia inguinal

Es el procedimiento quirúrgico empleado para la reparación de una hernia o protrusión del contenido intestinal a causa de un defecto de la pared abdominal a nivel de las ingles.

- Safenectomía

Es el procedimiento quirúrgico para la extirpación de una vena safena y que se emplea para el tratamiento de las várices, caracterizadas por dilatación y tortuosidad de las venas, que se diagnostican clínicamente y mediante estudios de imagen.

- Adenoamigdalectomía

Es el procedimiento quirúrgico para la extirpación de las amígdalas y/o de las adenoides y que se emplea en el tratamiento de la inflamación crónica o aguda de las amígdalas palatinas y las adenoides, causada por agentes infecciosos, que se diagnostica clínicamente.

- Hemorroidectomía, fisurectomía y fistulectomía

Son procedimientos quirúrgicos utilizados para extirpar venas inflamadas alrededor del ano, extirpar trayectos fistulosos a nivel del ano o extirpar fisuras anales, respectivamente, que se diagnostican clínicamente y que se comprueban mediante estudios de laboratorio o de imagen.

Periodo de carencia para indemnización quirúrgica

Esta cobertura cuenta con un periodo de carencia de 60 días contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de este seguro.

Cancelación de cobertura

Esta cobertura quedará cancelada para el Asegurado (titular o familiar dependiente) que la haya reclamado, quedando vigente únicamente para los demás Asegurados en esta Póliza.

c) Apoyo económico para últimos gastos (Fallecimiento del Asegurado Titular)

Se pagará al beneficiario designado en el Certificado de la Póliza, la Suma Asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular, no importando la causa de muerte.

Cláusula 3. Procedimiento en caso de siniestro

Para el pago de cualquier beneficio

La información mínima, adicional a lo solicitado por cada una de las coberturas a continuación, requerida para el trámite y pago de reclamaciones es:

- 1) Certificado de la póliza. En caso de no contar con la misma podrá solicitar una copia a la Aseguradora.
- 2) Carta reclamación debidamente firmada, una por cada beneficiario o asegurado
- 3) Original y copia simple de la identificación oficial vigente del asegurado o beneficiario (Pasaporte, IFE o INE, cedula profesional, en caso de que el Asegurado sea mayor de edad)
- 4) Comprobante de domicilio del Asegurado y beneficiario, no mayor a 3 meses.

Indemnización diaria por hospitalización (IDH)

Para el pago de este beneficio se requiere de:

- Prescripción de la hospitalización por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión
- Constancia de internamiento del hospital, público o privado, donde refiera el padecimiento y el periodo total de estancia

Indemnización por primer diagnóstico de enfermedad grave (IPDEG)

Para el pago de este beneficio se requiere de:

- Diagnóstico de la enfermedad grave por un médico especialista en la materia legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión
- Estudios de imagenología y laboratorio practicados correspondientes al diagnóstico de la enfermedad grave

Indemnización quirúrgica (IQ)

Para el pago de este beneficio se requiere de:

- Resumen médico, firmado por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, identificado con fecha de la intervención quirúrgica y nombre del asegurado
- Estudios de imagenología y laboratorio practicados

Apoyo económico para últimos gastos (Fallecimiento del Asegurado Titular)

Para el pago de este beneficio se requiere de:

- Original y copia simple del certificado o acta de defunción del fallecido

IMPORTANTE: La Aseguradora se reserva el derecho a solicitar información adicional al Asegurado o beneficiario relacionada con el siniestro.

Una vez que el expediente se integre con toda la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, la cual deberá efectuarse dentro un plazo máximo de cinco días hábiles.

Cláusula 4. Cancelación automática del seguro

Este seguro se cancelará automáticamente sin previo aviso, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Falta de pago de la prima correspondiente
- En el aniversario en que la edad cumplida por el Asegurado sea la de cancelación
- Al fallecer el Asegurado Titular

Cláusula 5. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para este seguro son:

Asegurado titular: de 18 a 65 años de edad

Cónyuge o concubinario: de 18 a 65 años de edad

Hijos: 1 día hasta 25 años de edad

Cláusula 6. Edades de cancelación

Las edades de cancelación para este seguro son:

Asegurado titular: 70 años de edad

Cónyuge o concubinario: 70 años de edad

Hijos: 26 años de edad

Cláusula 7. Vigencia del seguro

La vigencia de este seguro se encuentra especificada en el Certificado de la Póliza.

Cláusula 8. Ingresos a la Colectividad Asegurada

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate. Esto tendrá verificativo únicamente, con el listado de asegurados que proporcione el contratante a la Aseguradora.

Cláusula 9. Separaciones de la Colectividad Asegurada

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

La baja del asegurado se ratificara mediante la no inclusión de la persona que se trate en el Registro de Asegurados, por lo que es responsabilidad del Contratante, reportar a los asegurados que se encuentran cubiertos por esta Póliza.

Cláusula 10. Obligaciones del Contratante

Serán obligaciones del Contratante:

- a) Enviar a la Aseguradora la siguiente documentación vigente referida a las políticas de identificación del cliente (Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas):
 - Registro Federal de Causantes (RFC)
 - Clave Única de Registro Poblacional (CURP)
 - Identificación oficial vigente legible (anverso y reverso) tales como credencial de elector (IFE o INE), pasaporte, cédula profesional, cartilla militar
 - Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres meses
 - En caso de contar con él, comprobante de inscripción de firma electrónica avanzada

- b) Comunicar a la Aseguradora, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de que tenga conocimiento, las separaciones definitivas y los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada
- c) En caso de que el Asegurado requiera realizar alguna modificación relativa a sus datos generales, esta deberá hacerla a través del Contratante quien lo notificara a la Aseguradora para su corrección.
- d) Recibir los Certificados y entregarlos a los Asegurados, así como hacer de su conocimiento las condiciones generales, condiciones especiales y endosos de la Póliza.
- e) Recabar todos los Certificados totalmente requisitados y devolverlos a la Aseguradora, cuando se trate de nuevos ingresos y cuando existan cambios en la Reglas de suma asegurada. Así mismo, custodiará y salvaguardará copia de todos los Certificados debidamente firmados, por un periodo de 5 años.
- f) Entregar a la Aseguradora, la información necesaria para la elaboración del Registro de Asegurados.
- g) En caso de no realizar el pago en el plazo acordado, el Contratante se obliga a resarcir los daños y perjuicios que le ocasione a la Aseguradora.
- h) El Contratante se obliga a restituir a la Aseguradora cualquier indemnización que éste hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los reportes, avisos o informes que deban darse conforme a estas condiciones generales y leyes vigentes.
- i) El Contratante hará las reclamaciones por siniestros ocurridos y deberá presentar la documentación que para tal efecto indique la Aseguradora.
- j) Permitir en todo momento a la Aseguradora libre acceso a toda la información y documentación correspondiente a la administración de la Póliza.
- k) Sacar en paz y a salvo a la Aseguradora de cualquier requerimiento, reclamación y/o demanda que se encuentre relacionada con cualquier incumplimiento de su parte establecido en el presente documento, asumiendo todos los gastos y costas que ello implique.

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 11. Primas y obligaciones de pago

Obligaciones de pago

El entero de las Primas convenidas deberá ser pagado por el Contratante.

El contratante deberá pagar a la Aseguradora la Prima de los asegurados que se encuentren vigentes en el listado de asegurados.

Prima

La Prima Total de la Póliza es la suma de las primas correspondientes a las coberturas contratadas.

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la forma de pago es en una sola exhibición correspondiente al plazo del seguro contratado; salvo convenio en contrario, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije La Aseguradora al momento de la celebración del contrato.

Recibo de pago

Para que se efectúe el pago de la Prima, la Aseguradora emitirá un Recibo para los casos en que ésta deba pagarse en una sola exhibición.

En caso de optar por cubrir la Prima pactada en parcialidades, la Aseguradora emitirá el número de recibos correspondientes.

Cada Recibo deberá ser pagado a la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo.

Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia que podrá convenirse entre el Contratante y la Aseguradora, para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el Recibo. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el periodo de gracia, se aplicará un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo.

Medio de pago

Los Recibos deberán ser pagados por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Aseguradora, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de La Aseguradora.

Cuando el medio de pago sea un cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.

Contribución de los asegurados

Cuando los asegurados contribuyan al pago de las primas del seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada asegurado. El contratante se obliga a distribuir a los asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la institución. De igual forma, si al término de la vigencia de la Póliza existieren saldos a favor de la Aseguradora el Contratante se obliga para con esta a cubrirlos una vez que se hayan realizado las conciliaciones correspondientes.

Cláusula 12. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

Cláusula 13. Régimen fiscal

El régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

Cláusula 14. Comunicaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Contratante necesite hacer a la Aseguradora, deberá efectuarlas por escrito a su domicilio indicado en la carátula de la Póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República Mexicana. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la Aseguradora, excepto que ésta se lo indique al Contratante. Los requerimientos, avisos y notificaciones de la Aseguradora para el Contratante se harán en el último domicilio del Contratante que sea conocido por la Aseguradora.

Cláusula 15. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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.

Cláusula 16. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, sólo se modificarán previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora, mediante Endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 17. Renovación de la póliza

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo 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 del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las Notas Técnicas respectivas.

Cláusula 18. Terminación anticipada del Contrato

El Contratante podrá terminar de forma anticipada este contrato, previo aviso por escrito a la Aseguradora, en donde se indique la fecha de terminación del Contrato, la cual no podrá ser menor a la fecha de aviso.

La Aseguradora reembolsará al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima neta pagada el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso de que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

El reembolso al Contratante se pagará a más tardar en treinta días hábiles contados a partir de la fecha de terminación del Contrato mediante cheque certificado, transferencia bancaria o el instrumento que a este efecto se acuerde.

Si posterior a la fecha de terminación del Contrato, se reporta un siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la póliza terminada, se tendrá que realizar nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre el cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de vigencia del último recibo pagado dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

Cláusula 19. Rehabilitación de la Póliza

No obstante lo establecido en la cláusula de “Primas y obligaciones de pago”, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza después del Periodo de Gracia, referido en dicha cláusula.

La rehabilitación del seguro contratado podrá efectuarse presentando la información actualizada en la contratación de la Póliza, sin que esto implique la aceptación de la rehabilitación. Una vez que la Aseguradora acepte el riesgo rehabilitará la Póliza y/o Endoso(s), y fijará la Prima que corresponda.

Una vez rehabilitada la Póliza, se comenzará a contar nuevamente el periodo de carencia, en su caso.

Cláusula 20. Suicidio

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia del Contrato y del respectivo Consentimiento- Certificado Individual de seguro cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico, La Aseguradora solamente devolverá la Prima no devengada de la última Prima pagada respecto del miembro del Grupo al cual corresponda el Consentimiento- Certificado Individual. Este será el pago total que hará la Aseguradora por concepto del seguro del expresado miembro.

Cláusula 21. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa México D.F., con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas, así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-849-

3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: AV. Insurgentes Sur # 762 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez o consulte <http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones> para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-0999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para los que haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Cláusula 22. 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Cláusula 23. Póliza y condiciones generales

La Aseguradora tiene la obligación de entregar al Asegurado Titular un ejemplar de la Póliza y estas Condiciones Generales del Seguro.

Cláusula 24. Comisiones o compensaciones directas a intermediarios de seguros

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

Cláusula 25. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en un plazo de cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y dos años para todas las demás, a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Cláusula 26. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro

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.

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 15 de Noviembre de 2017, con el número PPAQ-S0023-0081-2017.

NÚMERO DE REGISTRO CONDUSEF: PPAQ-S0023-0081-2017/CONDUSEF-003028-01