

Nuestro Seguro

ARGOS COVID 3

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

OBJETO	4
CONTRATANTE	4
COMPAÑÍA ASEGURADORA	4
GRUPO ASEGURABLE	4
ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE	4

II. COBERTURAS

FALLECIMIENTO	4
FALLECIMIENTO POR COVID-19	4
TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO POR DIAGNÓSTICO DE COVID-19	5
GRAVES ENFERMEDADES	7
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO COVID-1	9

III. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO	10
SUMA ASEGURADA	10
SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL (SAMI)	11
VIGENCIA DEL CONTRATO	11
REGISTRO DE ASEGURADOS	11
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	11
MODIFICACIONES	11
CARENCIA DE RESTRICCIONES	12
MONEDA	12
PRIMA	12
PAGO DE PRIMAS	12
PERIODO DE GRACIA	12
REHABILITACIÓN	13
INGRESOS AL GRUPO ASEGURABLE	13
BAJAS EN EL GRUPO ASEGURABLE	13
DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL	13
RENOVACIÓN	14
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES SIN DIVIDENDOS	14
VALORES GARANTIZADOS SIN DIVIDENDOS	14
EDAD	14
SUICIDIO	15
BENEFICIARIOS	15
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA	15
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	15
OBLIGACIONES ART. 492	16
COMPETENCIA	18
COMUNICACIONES	21
PRESCRIPCIÓN	21
INDEMNIZACIÓN POR MORA	21
FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO	23

INTERMEDIARIOS	23
RESPONSABILIDAD FISCAL	23
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO	23

IV. ENDOSOS

SUICIDIO	26
DERECHOS A SEPARARSE DEL GRUPO	26
INDISPUTABILIDAD	26
FALSA EDAD	26
AUTOADMINISTRACIÓN	27
CONSENTIMIENTO DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS	27
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL	27

I. DEFINICIONES

OBJETO

La Compañía Aseguradora emite la presente póliza de seguro, con objeto de cubrir a los integrantes del Grupo Asegurable contra el riesgo por fallecimiento y beneficios adicionales amparados bajo este Contrato que, en su caso, se contraten para los Asegurados.

La presente póliza cubrirá a los Asegurados si fallecen dentro del plazo del seguro. Si los Asegurados sobreviven al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para La Compañía Aseguradora.

La cobertura por fallecimiento se otorgará sin necesidad de examen médico, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza y posteriormente, desde el día en que el **CONTRATANTE** notifique el alta correspondiente.

CONTRATANTE

Se entiende como tal a la persona física o moral que tenga la intención de contratar un seguro que ampare a los Miembros del Grupo Asegurable.

COMPAÑÍA ASEGURADORA

Es la Institución Aseguradora autorizada por el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para llevar a cabo operaciones de seguros, de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y de aquí en adelante se denominará **ARGOS**.

GRUPO ASEGURABLE

Constituyen el Grupo 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, cuya edad esté comprendida dentro de los límites de aceptación fijados por **ARGOS**, y que habiendo firmado los consentimientos respectivos para ser asegurados queden inscritas en el Registro de Asegurados anexo al Contrato y siempre que se cumpla lo citado en el Artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE

Cualquier persona que forme parte del Grupo Asegurable y que gozará de la protección por fallecimiento y beneficios adicionales establecidos en este Contrato.

II. COBERTURAS

FALLECIMIENTO

Si el Asegurado fallece dentro de la vigencia de este seguro, **ARGOS** pagará la Suma Asegurada contratada. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la cobertura concluirá sin obligación alguna para **ARGOS**.

FALLECIMIENTO POR COVID-19

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA

Adicional al pago de la cobertura de Fallecimiento, **ARGOS** pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece dentro del plazo del seguro a causa del COVID-19 (Sars-CoV-2). Si el Asegurado Titular sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para **ARGOS**.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo comprendido a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el Asegurado no contará con cobertura. El periodo de espera para otorgar el Beneficio Adicional amparado en el presente, será de 15 (quince) días.

CERTIFICACIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

Se entenderá como certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2 por prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR) solicitado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE).

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS** especialista en epidemiología.

En los casos anteriores, el médico tratante no deberá tener ningún vínculo familiar, consanguíneo o por afinidad, con el Asegurado Titular.

Exclusión:

Preexistencia: Asegurados que previo a la celebración del contrato, se les haya diagnosticado infección por SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, tengan un resultado positivo, toma de muestra pendiente de resultado, presentado sintomatología, o erogado algún gasto para su atención médica o diagnóstica, antes de la contratación de la póliza.

PRUEBAS

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios, pruebas facturas y notas necesarias para la comprobación anteriormente mencionada.

LÍMITES DE EDAD

La edad de admisión para la cobertura es de 18 (dieciocho) años como mínimo sin límite de edad como máximo.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR DIAGNÓSTICO DE COVID-19

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura por única vez en caso de que el Asegurado Titular requiera de tratamiento médico hospitalario por un periodo mínimo de 48 horas continuas por diagnóstico de COVID-19.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo comprendido a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el Asegurado no contará con cobertura. El periodo de espera para otorgar el Beneficio Adicional amparado en el presente, será de 15 (quince) días

Se entenderá que ocurre un tratamiento médico hospitalario cuando el Asegurado Titular se encuentre registrado como paciente de un hospital público o privado, clínica o ubicación habilitada por las autoridades Sanitarias para estos efectos, por prescripción médica, utilizando al menos, 48 horas de servicio de habitación o camilla, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son de 18 (dieciocho) años como mínimo, sin límite de edad como máximo.

CERTIFICACIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

Se entenderá como certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2 por prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR) solicitado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE).

Para acreditar el tratamiento médico hospitalario, el Asegurado Titular deberá entregar documentación que avale su estancia en el hospital, clínica o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias para estos efectos. En caso de haberse atendido en:

Hospital o clínica privados: expediente clínico detallado que acredite la duración de mínimo 48 (cuarenta y ocho) horas de la estancia hospitalaria y el diagnóstico por COVID-19, así como CFDI (pdf y xlm) y estado de cuenta hospitalario.

Hospital público o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias: constancia o certificado (hoja de egreso hospitalario y/o alta hospitalaria) en hoja membretada y sellada por la Institución Médica Pública o Privada donde indique la atención médica por diagnóstico por Covid-19 por la atención hospitalaria de por lo menos 48 (cuarenta y ocho) horas.

En el escenario que se presentase una saturación y la autoridad sanitaria comunique oficialmente que no hubiese capacidad para ser atendido dentro de instalaciones de: hospitales públicos o privados, clínicas o las ubicaciones habilitadas por las autoridades sanitarias para estos efectos, se evaluará la aceptación del dictamen médico indicando la referencia de apoyo mecánico ventilatorio para el Asegurado Titular por más de 48 (cuarenta y ocho) horas, dicho dictamen deberá ser emitido por la autoridad sanitaria competente y deberán presentar los documentos que comprueben la atención.

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS** especialista en epidemiología.

En los casos anteriores, el médico tratante no deberá tener ningún vínculo familiar, consanguíneo o por afinidad, con el Asegurado Titular.

PRUEBAS

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios, pruebas, facturas y notas necesarias para la comprobación anteriormente mencionada.

En caso de que el Asegurado Titular se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, podrá designar a un tercero como apoderado o representante legal, mediante documento que le acredite como tal, para que realice los trámites correspondientes; adicionalmente, en caso de la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado Titular, se pagará la indemnización por diagnóstico y por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado Titular haya designado en la póliza.

Exclusión

Preexistencia: Asegurados que previo a la celebración del contrato, se les haya diagnosticado infección por SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, tengan un resultado positivo, toma de

muestra pendiente de resultado, presentado sintomatología, o erogado algún gasto para su atención médica o diagnóstica, antes de la contratación de la póliza.

GRAVES ENFERMEDADES

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura por única vez en caso de que al Asegurado Titular se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo a las definiciones que más adelante se establecen.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la ocurrencia de la Grave Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido 90 (noventa) días naturales, excepto para la Cáncer en cuyo caso será de 180 (ciento ochenta) días naturales a partir de la contratación de dicha cobertura.

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto el Diagnóstico de Graves Enfermedades.

Graves Enfermedades

Se entenderá por Graves Enfermedades cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen, (previa certificación médica mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y especialidad) por primera y única vez durante el período de cobertura y de acuerdo a las siguientes definiciones:

a) Infarto al Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico;
- Cambios en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC): Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de, por lo menos 24 (veinticuatro) horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral;
- Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- Embolización de fuente extracraneal.

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

c) Trasplante de órganos vitales: El procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón,
- Uno o dos pulmones,
- Páncreas,
- Riñones,
- Hígado.

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis: Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o trasplante renal.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (“by-pass”): Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductosaorto - coronarios. La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

f) Cáncer: Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término “cáncer” incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente. Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS**.

PRUEBAS

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de cualquiera de las Graves Enfermedades anteriormente mencionadas. En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** no ratifique el dictamen de la Grave Enfermedad, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo cargo correrá a cargo de la **ARGOS**, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista de **ARGOS**. En caso de que el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, este podrá designar a un tercero mediante documento que le acredite como apoderado o representante legal del Asegurado para que realice los trámites correspondientes; en caso de la muerte del Asegurado se pagará la indemnización por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado haya designado en la póliza.

Exclusiones:

La cobertura por Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no se pagará en los siguientes casos:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo, a excepción de que hayan sido prescritas por un médico, o bajo la influencia del alcohol.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza.
- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten”.
- i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ” no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
- j) El caso de períodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

LÍMITES DE EDAD

La edad de admisión para la cobertura es de 18 (dieciocho) años como mínimo, de 70 (setenta) y cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 71 (setenta y un) años de edad.

CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Este beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado Titular sea de 71 (setenta y un) años. O bien, al ocurrir alguno de los siguientes casos:

- a) Cancelación de la cobertura básica de vida o de esta cobertura.
- b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura.
- c) La muerte del Asegurado.
- d) Al término del plazo del seguro.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE COVID-19

ESTA COBERTURA SOLO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA EXPRESAMENTE QUE ESTÁ INCLUIDA

ARGOS pagará al Asegurado Titular de la póliza, la Suma Asegurada, de esta cobertura que consiste en una Renta Diaria por Hospitalización, si el Asegurado Titular requiere durante la vigencia de la póliza, ser hospitalizado por más de 2 (dos) noches continuas para un tratamiento médico a consecuencia de diagnóstico de COVID-19.

ARGOS, reconocerá al Asegurado Titular, de forma retroactiva, el beneficio diario indicado en esta cobertura, a partir de la 3era noche con un límite de indemnización de 12 (doce) días.

El número de días que pagará **ARGOS**, será con un límite de 12 (doce) días, mismos que deberán estar reflejados en el número de días que facture la institución hospitalaria.

PERIODO DE ESPERA

Es el periodo comprendido a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el Asegurado no contará con cobertura. El periodo de espera para otorgar el Beneficio Adicional amparado en el presente, será de 15 (quince) días.

La edad de admisión para la cobertura es de 18 (dieciocho) años como mínimo sin límite de edad como máximo.

CERTIFICACIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

Se entenderá como certificación médica del diagnóstico del COVID-19 (confirmado mediante el resultado positivo a SARSCoV-2 por prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR) solicitado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE).

Para acreditar el tratamiento médico hospitalario, el Asegurado Titular deberá entregar documentación que avale su estancia en el hospital, clínica o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias para estos efectos. En caso de haberse atendido en:

Hospital o clínica privados: expediente clínico detallado que acredite la duración de mínimo 48 (cuarenta y ocho) horas de la estancia hospitalaria y el diagnóstico por COVID-19, así como CFDI (pdf y xlm) y estado de cuenta hospitalario.

Hospital público o ubicación habilitada por las autoridades sanitarias: constancia o certificado (hoja de egreso hospitalario y/o alta hospitalaria) en hoja membretada y sellada por la Institución Médica Pública o Privada donde indique la atención médica por diagnóstico por Covid-19 por la atención hospitalaria de por lo menos 48 (cuarenta y ocho) horas.

En el escenario que se presentase una saturación y la autoridad sanitaria comunique oficialmente que no hubiese capacidad para ser atendido dentro de instalaciones de: hospitales públicos o privados, clínicas o las ubicaciones habilitadas por las autoridades sanitarias para estos efectos, se evaluará la aceptación del dictamen médico indicando la referencia de apoyo mecánico ventilatorio para el Asegurado Titular por más de 48 (cuarenta y ocho) horas, dicho dictamen deberá ser emitido por la autoridad sanitaria competente y deberán presentar los documentos que comprueben la atención.

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de **ARGOS** especialista en epidemiología.

En los casos anteriores, el médico tratante no deberá tener ningún vínculo familiar, consanguíneo o por afinidad, con el Asegurado Titular.

PRUEBAS

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios, pruebas, facturas y notas necesarias para la comprobación anteriormente mencionada.

En caso de que el Asegurado Titular se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que corresponda, podrá designar a un tercero como apoderado o representante legal, mediante documento que le acredite como tal, para que realice los trámites correspondientes; adicionalmente, en caso de la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado Titular, se pagará la indemnización por diagnóstico y por fallecimiento que corresponda al beneficiario que el Asegurado Titular haya designado en la póliza.

Exclusión

Preexistencia: Asegurados que previo a la celebración del contrato, se les haya diagnosticado infección por SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, tengan un resultado positivo, toma de muestra pendiente de resultado, presentado sintomatología, o erogado algún gasto para su atención médica o diagnóstica, antes de la contratación de la póliza.

III. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

Es el acuerdo celebrado entre **ARGOS** y el **CONTRATANTE**, mediante el cual **ARGOS** se obliga en los términos de éste, a brindar a los Asegurados la protección de las coberturas amparadas en la póliza a cambio de la obligación del pago de la Prima convenida, a partir del momento en que el **CONTRATANTE** tenga conocimiento de la aceptación de su oferta y durante la vigencia de la misma.

Esta documentación, la póliza, la solicitud, el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos, los Certificados Individuales, las cláusulas adicionales y Endosos que se agreguen, constituyen testimonio pleno del Contrato de Seguro.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, los Asegurados podrán pedir a **ARGOS** la rectificación correspondiente, dentro de los 30 (treinta) días posteriores al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al **CONTRATANTE**.

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada es el límite máximo de responsabilidad que **ARGOS** pagará, y ésta deberá determinarse para cada Miembro del Grupo Asegurable, por lineamientos que eviten la selección adversa a **ARGOS**, con el fin de garantizar la sana suscripción del Grupo Asegurable.

SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL (SAMI)

La Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI), es el límite máximo de Suma Asegurada que **ARGOS** cubrirá para cada uno de los Miembros del Grupo Asegurable sin requisitos médicos y será la que se estipule en la carátula de la póliza.

VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente Contrato entrará en vigor desde la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza, o desde el momento en que el **CONTRATANTE** tuviere conocimiento de que **ARGOS** lo haya aceptado. Los Certificados Individuales regirán para los Miembros del Grupo Asegurable que al momento del inicio de vigencia de la póliza estén en servicio activo y con Contrato de trabajo, y para los de ingreso posterior al Grupo Asegurable como se estipula en la cláusula “Ingresos al Grupo Asegurable” de las presentes Condiciones Generales.

REGISTRO DE ASEGURADOS

Relación de los Asegurados que forman parte del Grupo Asegurable.

El **CONTRATANTE** deberá entregar a **ARGOS** el Registro de Asegurados, e indicará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al **CONTRATANTE** una relación que formará parte integrante del propio registro, mismo que deberá contener la siguiente información:

- Nombre, Fecha de Nacimiento, Edad, Sexo y Ocupación de cada Miembro del Grupo Asegurable.
- Suma Asegurada que corresponda o regla para calcularla.
- Designación de Beneficiarios y si ésta es irrevocable, en su caso.
- Fecha de vigencia del seguro para cada Miembro del Grupo Asegurable.
- Número de Certificado
- Coberturas amparadas.

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El **CONTRATANTE** y cada Asegurado están obligados a declarar por escrito a **ARGOS** de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones de contratación, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración y/o renovación del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a **ARGOS** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La presente cláusula solamente aplicará para aquellas personas que hayan dado su consentimiento para ser asegurados después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurable.

MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse mediante endosos o cláusulas adicionales registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los Agentes o cualquier otra persona no autorizada por **ARGOS**, carecen de facultades para hacer modificaciones, concesiones, o recibir comunicados en nombre de **ARGOS**.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de residencia, viajes o género de vida de los Asegurados.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, por parte del **CONTRATANTE** o de **ARGOS**, se efectuarán en Moneda Nacional.

PRIMA

Es el costo anual del seguro. La Prima Total del Grupo Asegurable será la suma de las Primas que correspondan a cada Miembro del Grupo Asegurable, al aplicar la tarifa vigente basada en la Suma Asegurada, ocupación y edad cumplida al momento de la contratación.

PAGO DE PRIMAS

El importe de la Prima vence en el momento de la celebración del Contrato, no obstante el **CONTRATANTE** puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el **CONTRATANTE** y **ARGOS** en la fecha de la celebración del Contrato.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, 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 término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

El Asegurado debe pagar la prima anual de cada beneficio contratada a partir de la fecha de inicio de vigencia y en los plazos de pago estipulados. El monto de prima que se estipula en la carátula de la póliza es suficiente para garantizar las Sumas Aseguradas de los beneficios amparados en la carátula de póliza, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del Asegurado.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, el monto de la prima estipulada se pagará con la periodicidad convenida, en las oficinas de **ARGOS**, a cambio del recibo correspondiente. El Contrato de Seguro cesará automáticamente en sus efectos por falta de pago de Prima o de la fracción de ésta en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de primas será prueba suficiente del pago de la misma. En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dichas facilidades de pago, el Asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a **ARGOS**, quién expedirá el recibo correspondiente que ampare el pago de la prima de la Póliza.

PERIODO DE GRACIA

El **CONTRATANTE** gozará de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha de vigencia de cada recibo, para liquidar el total de la Prima o cada una de las fracciones pactadas en el Contrato, en caso de no ser pagada la Prima o fracción de ella en términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesarán los efectos del presente Contrato.

Se transcribe el Artículo 40 mencionado para mayor referencia.

***Artículo 40.-** Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, 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 término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.*

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 (treinta) días de gracia, **ARGOS** deducirá, de la indemnización a que tenga derecho el o los beneficiarios y/o Asegurado, la Prima Total no pagada del Asegurado fallecido correspondiente a dicho periodo.

REHABILITACIÓN

No obstante lo señalado en la cláusula que antecede, el **CONTRATANTE** podrá solicitar a **ARGOS** dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del periodo de gracia señalado, la rehabilitación de este Contrato pagando, en caso de ser aceptada dicha rehabilitación, la Prima correspondiente, con lo cual los efectos del seguro se restablecerán a partir de la hora y fecha señaladas en el comprobante de pago. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá rehabilitado el Contrato desde las 0 (cero) horas de la fecha de pago.

INGRESOS AL GRUPO ASEGURABLE

Al celebrarse el presente Contrato deben ingresar en él todos los Miembros del Grupo que cumplan con la definición de Grupo Asegurable.

Los Miembros que ingresen al Grupo Asegurable posteriormente a la celebración del Contrato y que hubieran dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin requisitos de asegurabilidad, siempre que su edad se encuentre dentro de los límites establecidos en la política de aceptación de **ARGOS**.

ARGOS podrá exigir un examen médico a los Miembros del Grupo Asegurable que den su consentimiento para ser asegurados después de 30 (treinta) días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del mismo.

BAJAS EN EL GRUPO ASEGURABLE

Los Miembros que se separen definitivamente del Grupo Asegurable, dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, **ARGOS** restituirá al **CONTRATANTE** la Prima no devengada.

El **CONTRATANTE** deberá comunicar por escrito a **ARGOS** en un lapso no mayor a 5 (cinco) días hábiles, contados a partir de la fecha de la separación, el nombre del o de los Miembros que hayan dejado de pertenecer al Grupo Asegurable, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de dicho Grupo.

En caso de que el **CONTRATANTE** no realice este comunicado oportunamente y ocurra algún evento que sea cubierto por la póliza y reclamado a **ARGOS**, el **CONTRATANTE** será el responsable del evento.

No se consideran bajas en el Grupo Asegurable, los Miembros que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del Grupo hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL

ARGOS tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al Miembro que se separe definitivamente del Grupo Asegurable, en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de dicho plan.

Para ejercer este derecho, el Miembro separado del Grupo Asegurable deberá presentar su solicitud a **ARGOS** dentro del plazo de 30 (treinta) días contados a partir de su separación. La Suma Asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El Asegurado deberá pagar a **ARGOS**, la Prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de Primas que se encuentre en vigor.

RENOVACIÓN

Al término del período pactado en la carátula de la póliza, este Contrato podrá ser renovado bajo las mismas condiciones, mediante un endoso en la póliza, el **CONTRATANTE** deberá solicitar a **ARGOS** la renovación, dentro de los 30 (treinta) días anteriores a la terminación del seguro, y que las condiciones de riesgo manifestadas en la solicitud se mantengan y no hayan sido agravadas, siendo obligación del **CONTRATANTE** manifestar bajo protesta de decir verdad y por escrito cualquier modificación a las condiciones originales.

En cada renovación se aplicará la tarifa de Primas en vigor a la fecha de la misma.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES SIN DIVIDENDOS

Este producto no otorga participación de utilidades o dividendo alguno.

La participación de utilidades y su modalidad, en caso de existir, se harán constar en la carátula de la póliza.

VALORES GARANTIZADOS SIN DIVIDENDOS

ESTE PRODUCTO NO OTORGA VALORES GARANTIZADOS.

EDAD

Las edades de admisión fijadas por **ARGOS** para la cobertura por fallecimiento de los Asegurados son de 15 (quince) años como mínimo y de 99 (noventa y nueve) años como máximo; la edad de los Asegurados asentada en los Consentimientos Individuales de seguro, deberá comprobarse presentando prueba fehaciente a **ARGOS**, la que extenderá el comprobante respectivo. Tal requisito debe cubrirse antes de que **ARGOS** efectúe el pago de la Suma Asegurada.

Si antes de ocurrir el evento previsto en el Contrato se descubre que un Miembro del Grupo Asegurable ha declarado:

- Una edad mayor a la real, pero ésta se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por **ARGOS**, el seguro continuará en vigor por la misma Suma Asegurada y el **CONTRATANTE** estará obligado a pagar a **ARGOS** la diferencia que resulte entre las Primas correspondientes a la edad declarada y a la real, hasta el siguiente vencimiento del Contrato.
- Una edad menor a la real, **ARGOS** reembolsará al **CONTRATANTE** la diferencia entre las Primas correspondientes a las dos edades, también por el período que falte hasta el siguiente vencimiento.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad de un Miembro del Grupo Asegurable, pero ésta se encuentra dentro de los límites de edad aceptados, **ARGOS** pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las Primas relativas a la edad inexacta y a la real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

Si en vida de los Asegurados, o con posterioridad a su muerte, se comprueba que la edad verdadera de cualquiera de ellos al requerir su Consentimiento Individual de seguro, estuvo fuera de los límites de admisión mencionados en esta póliza, el Contrato se rescindirá respecto del Miembro del Grupo Asegurable cuya edad haya estado fuera del límite, el respectivo Certificado Individual carecerá de valor y será devuelta al **CONTRATANTE** sólo la parte no devengada de la última Prima pagada por concepto del seguro correspondiente a dicho Miembro.

SUICIDIO

ARGOS estará obligada al pago de la Suma Asegurada, en caso de suicidio de alguno de los Asegurados, si éste ocurre después de 2 (dos) años de estar en vigor este Contrato o su última rehabilitación. En el caso de que ocurra dentro de los 2 (dos) primeros años, la obligación de **ARGOS** será reembolsar únicamente la reserva matemática.

BENEFICIARIOS

Los Asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar a sus Beneficiarios, notificando por escrito a **ARGOS** la designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y **ARGOS** pague al último Beneficiario de quién tenga conocimiento, **ARGOS** quedará liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión de los Asegurados.

Los Asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los Beneficiarios, siempre que lo notifiquen por escrito a éstos y a **ARGOS** y que conste en los Consentimientos Individuales, para lo cual habrán de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la póliza.

El **CONTRATANTE** no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el **CONTRATANTE** o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si hubiere varios Beneficiarios y faltara alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial de los Asegurados.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a **ARGOS** la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en este Contrato.

El pago de la Suma Asegurada se efectuará tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quién solicite el pago, así como las declaraciones y documentación completa que **ARGOS** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

Queda estipulado que si se solicita un Endoso que genere pago de Prima y el recibo correspondiente no es cubierto en el término legal, en caso de siniestro que afecte dicho Endoso, no habrá obligación de pago por parte de **ARGOS**.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, **ARGOS** pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, **ARGOS**, por su propio derecho o a solicitud del **CONTRATANTE**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El **CONTRATANTE** tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este Contrato:

- a) Pagar a **ARGOS** la Prima correspondiente conforme a la cláusula "Pago de Primas" establecida en este Contrato.
- b) Comunicar a **ARGOS** los nuevos ingresos al Grupo Asegurable dentro de los 30 (treinta) días siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deberán contener:
 - Nombre, Fecha de Nacimiento, Edad, Sexo y Ocupación de cada Miembro del Grupo Asegurable.
 - Suma Asegurada que corresponda o regla para calcularla.
 - Designación de Beneficiarios y si ésta es irrevocable, en su caso.

- Fecha de vigencia del seguro para cada Miembro del Grupo Asegurable. Número de Certificado.
- Coberturas amparadas.

c) Comunicar a **ARGOS** de las separaciones definitivas del Grupo Asegurable dentro de los 5 (cinco) días siguientes a cada separación.

d) Dar aviso por escrito a **ARGOS** de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 (treinta) días después del cambio.

e) Comunicar a **ARGOS** cualquier agravación esencial del riesgo.

f) Enviar a **ARGOS** los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las Sumas Aseguradas.

OBLIGACIONES ART. 492

Derivado de Las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (en lo sucesivo Las Disposiciones), se hace necesario recabar documentación diversa de los Clientes en Seguros de Grupo.

Se entenderá por Clientes a los Asegurados que integren el Grupo Asegurable y a sus respectivos Beneficiarios.

Las Disposiciones referidas señalan la obligación de contar con Expedientes de Identificación (en lo sucesivo los Expedientes), que deberán contener:

a) Identificación Oficial vigente, donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador.

b) Constancia de la Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando el Cliente cuente con ella(s).

c) Comprobante de domicilio, cuando el domicilio manifestado por el Cliente en el Consentimiento no coincida con el de la Identificación.

d) En caso de que el Cliente sea extranjero, el expediente deberá contener copia de su pasaporte, forma migratoria y/o cualquier otro documento que acredite su legal estancia en el país.

El **CONTRATANTE** de la póliza mantendrá los Expedientes en custodia, hasta en tanto no le sean requeridos por **ARGOS** o por autoridad competente, caso de ser requeridos el **CONTRATANTE** deberá entregarlos en términos de Las Disposiciones dentro de los 2 (dos) días hábiles siguientes.

Se transcribe el Artículo 492 mencionado para mayor referencia.

ARTÍCULO 492.- *Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:*

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

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

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

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

La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos

relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **ARGOS** 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.

Las reclamaciones ante la CONDUSEF deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de **ARGOS** a satisfacer las pretensiones de los Asegurados.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quién 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.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía: Dirección: Tecoyotitla número 412, colonia Ex Hacienda de Guadalupe, Chimalistac. C.P. 01050, Ciudad de México. Datos CONDUSEF: Teléfono: (55)5340 0999 y (800) 999 80 80, Dirección: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P 03100 Página WEB: www.condusef.gob.mx, E-mail: asesoria@condusef.gob.mx

Se transcriben los artículos mencionados para mayor referencia:

Artículo 50 Bis.-Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

35 Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

35 Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales

la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68.- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

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

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

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones se enviarán directamente al domicilio de **ARGOS**, señalado en la carátula de la póliza. Los requerimientos y comunicaciones que **ARGOS** deba hacer al **CONTRATANTE**, Asegurados o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que conozca **ARGOS**.

Los Agentes de seguros autorizados por **ARGOS** no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la misma.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán en los términos que establece el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen; 5 (cinco) años tratándose de la Cobertura de Fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos, salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias, por el nombramiento de peritos y por las causas establecidas en la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de **ARGOS**, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que **ARGOS**, no obstante haber recibido la documentación completa relacionada con el siniestro así como la 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, se obliga a pagar al Asegurado Titular, o beneficiario una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora; dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél que se haga exigible la obligación, artículo el cual se transcribe para mayor referencia.

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, e 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.

FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO

Al fallecimiento del o de los Asegurados, **ARGOS** realizará el pago de la Suma Asegurada al o a los Beneficiarios designados en la póliza. A falta de Beneficiarios expresamente designados, se pagará a la sucesión de los Asegurados.

Dicho pago se efectuará tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quién solicite el pago, así como las declaraciones que **ARGOS** pide en las formas correspondientes que ésta proporcione.

La liquidación se hará de la siguiente forma:

ARGOS efectuará el pago derivado de este Contrato, en una sola exhibición a través de documento nominativo o transferencia electrónica a cada uno de los Beneficiarios.

INTERMEDIARIOS

Durante la vigencia de la póliza, el **CONTRATANTE** podrá solicitar por escrito a **ARGOS**, le informe sobre 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. **ARGOS** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

RESPONSABILIDAD FISCAL

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le sustituya. Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan; sin perjuicio de que **ARGOS** realice las retenciones que señalen las disposiciones fiscales aplicables, con el fin de enterarlas por cuenta de terceros.

El **CONTRATANTE** sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El **CONTRATANTE** se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida derivados del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta póliza de seguro.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

ARGOS solicitará al Asegurado Titular o beneficiario los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro y la identidad de quién reclama el pago, siendo entre otros los siguientes:

COBERTURA TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO POR DIAGNÓSTICO DE COVID-19:

1. Consentimiento firmado por el Asegurado, si se encontrara en poder del beneficiario
2. Identificación oficial vigente (INE, IFE, Pasaporte o Cédula Profesional con foto y firma)
3. Último recibo de nomina a ocurrencia del siniestro, con el fin de verificar que el asegurado forma parte de la Colectividad / Grupo
4. Original de prueba médica confirmatoria SARS-CoV2 (COVID-19) (confirmado mediante prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR en exudado faríngeo y nasofaríngeo) expedida por Institución Médica pública o privada autorizada por la Secretaría de Salud en donde le fue practicada y avalada por el Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE)
 - a) En caso de que la prueba sea realizada en Institución Pública: Cédula SISVER o SINOLAVE

- b) En caso de que la prueba médica confirmatoria se haya realizado en un laboratorio privado: anexar comprobante de pago CFDI (pdf y xlm) a nombre del Asegurado; de la prueba correspondiente
5. Hospitalización por diagnóstico COVID-19 por mínimo 48 (cuarenta y ocho) horas
- a) Para la atención en Instituciones Públicas: constancia o certificado (hoja de egreso hospitalario y/o alta hospitalaria) en hoja membretada y sellada por la Institución Médica Pública donde indique la atención médica por diagnóstico por COVID-19 por la atención hospitalaria de por lo menos 48 (cuarenta y ocho) horas b) Para atención en Instituciones Privadas: expediente clínico detallado que acredite la duración de mínimo 48 (cuarenta y ocho) horas de la estancia hospitalaria y el diagnóstico por COVID-19, así como CFDI (pdf y xlm) y estado de cuenta hospitalario
6. Llenar, imprimir y firmar Formato de Reclamación Persona Física disponible en la página web www.segurosargos.com
7. Requisar por el médico tratante el formato de Informe Médico proporcionado por Seguros **ARGOS**, disponible en la página web www.segurosargos.com
8. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses (para efectos de la indemnización)
9. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)

****Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el Formato de Reclamación Persona Física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses***

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO:

1. Consentimiento original firmado por el Asegurado, si se encontrara en poder del beneficiario
2. Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil
3. Identificación oficial vigente del Asegurado y beneficiario(s) (INE, IFE, Pasaporte o Cédula Profesional con foto y firma), solo en caso de encontrarse en poder del beneficiario.
4. Recibo de nómina a la fecha del siniestro, con el fin de verificar que el asegurado forma parte de la Colectividad / Grupo
5. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia fotostática)
6. Acta de Nacimiento del o los beneficiario(s) (copia fotostática)
7. En caso de que el beneficiario(a) sea cónyuge: Acta de Matrimonio
8. En caso de que el beneficiario(a) sea concubino(a): Jurisdicción Voluntaria emitida por autoridad judicial competente.
9. Llenar, imprimir y firmar Formato de Reclamación Persona Física disponible en página web www.segurosargos.com
10. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses (para efectos de la indemnización)
11. En caso de no indicar RFC con homoclave en formato de reclamación, deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)

****Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el Formato de Reclamación Persona Física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses***

COBERTURA FALLECIMIENTO POR COVID-19:

1. Consentimiento original firmado por el Asegurado, si se encontrara en poder del beneficiario
2. Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil
3. Prueba médica confirmatoria SARS-CoV2 (COVID-19) (confirmado mediante prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR en exudado faríngeo y nasofaríngeo) expedida por Institución Médica pública o privada autorizada por la Secretaría de Salud mediante el Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE)
 - a) En caso de que la prueba sea realizada en Institución Pública: Cédula SISVER o SINOLAVE
 - b) En caso de que la prueba médica confirmatoria se haya realizado en un laboratorio privado: anexar comprobante de pago CFDI (pdf y xlm) a nombre del Asegurado; de la prueba correspondiente
4. Identificación oficial vigente del Asegurado y beneficiario(s) (INE, IFE, Pasaporte o Cédula Profesional con foto y firma), solo en caso de encontrarse en poder del beneficiario.
5. Último recibo de nómina a ocurrencia del siniestro, con el fin de verificar que el asegurado forma parte de la Colectividad /Grupo
6. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia fotostática)
7. Acta de Nacimiento del o los beneficiario(s) (copia fotostática)
8. En caso de que el beneficiario(a) sea cónyuge: Acta de Matrimonio
9. En caso de que el beneficiario(a) sea concubino(a): Jurisdicción Voluntaria emitida por autoridad judicial competente
10. Llenar, imprimir y firmar Formato de Reclamación Persona Física disponible en la página web www.segurosargos.com

11. Requisar por el médico tratante el formato de Informe Médico proporcionado por Seguros **ARGOS** disponible en la página web www.segurosargos.com
12. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses (para efectos de la indemnización)
13. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)

****Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el Formato de Reclamación Persona Física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses***

COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE COVID-19:

1. Consentimiento firmado por el Asegurado, si se encontrara en poder del beneficiario
2. Identificación oficial vigente (INE, IFE, Pasaporte o Cédula Profesional con foto y firma)
3. Último recibo de nómina, , con el fin de verificar que el asegurado forma parte de la Colectividad / Grupo
4. Prueba médica confirmatoria SARS-CoV2 (COVID-19) (confirmado mediante prueba molecular de detección de material genético viral RT-PCR en exudado faríngeo y nasofaríngeo) expedida por Institución Médica pública o privada autorizada por la Secretaría de Salud mediante el Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE)
 - a) En caso de que la prueba sea realizada en Institución Pública: Cédula SISVER o SINOLAVE
 - b) En caso de que la prueba médica confirmatoria se haya realizado en un laboratorio privado: anexar comprobante de pago CFDI (pdf y xlm) a nombre del Asegurado; de la prueba correspondiente
5. Hoja de ingreso hospitalario u orden de internamiento en hoja membretada y sellada de la Institución Médica, ya sea de medio público o privado
6. Hoja de egreso hospitalario y/o alta hospitalaria en hoja membretada y sellada de la Institución Médica ya sea de medio público o privado en donde haya permanecido internado para su atención médica por diagnóstico de COVID-19
7. Llenar, imprimir y firmar formato de reclamación persona física disponible en página web www.segurosargos.com
8. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses (para efectos de la indemnización)
9. Requisar por el médico tratante el formato de Informe Médico proporcionado por Seguros **ARGOS** disponible en la página web www.segurosargos.com
10. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)

****Si el domicilio de su identificación oficial es distinto al declarada en el Formato de Reclamación Persona Física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses***

COBERTURA GRAVES ENFERMEDADES:

1. Consentimiento firmado por el Asegurado, si se encontrara en poder del beneficiario.
2. Identificación oficial vigente (INE, IFE, Pasaporte o Cédula Profesional con foto y firma)
3. Último recibo de nómina, con el fin de verificar que el asegurado forma parte de la Colectividad / Grupo a la ocurrencia del siniestro
4. Formato de Informe Médico disponible en la página web www.segurosargos.com
5. Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad disponible en la página web www.segurosargos.com
6. Resumen clínico emitido por el Médico tratante, en hoja membretada, sellada indicando cédula profesional de la especialidad, acompañado de estudios clínicos que comprueben en diagnóstico de la grave enfermedad
7. Llenar, imprimir y firmar Formato de Reclamación Persona Física disponible en la página web www.segurosargos.com
8. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses (para efectos de la indemnización)
9. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)

****Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el Formato de Reclamación Persona Física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses***

Una vez que reunida la documentación completa, se deberá enviar en original a las oficinas de **ARGOS** ubicadas en: Tecoyotitla No. 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Ciudad de México, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01050.

Se transcribe el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro para pronta referencia:

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

IV. ENDOSOS

APLICABLES ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CERTIFICADO SE INDICA QUE ESTÁN INCLUIDOS Y SOLO EN CASO DE CONTRATACIÓN.

SUICIDIO

ESTE BENEFICIO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Para aquellos Grupos en los que el Asegurado no participe en el pago de la Prima, el suicidio se cubrirá desde el primer día de vigencia de la póliza o el Certificado Individual, siempre y cuando esté asegurado el 100% del Grupo Asegurable.

DERECHOS A SEPARARSE DEL GRUPO

ESTE BENEFICIO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

El Asegurado quedará cubierto por un período de 30 (treinta) días naturales después de la fecha en que se haya separado de la empresa. Esta protección se otorgará para las siguientes coberturas, siempre y cuando se encuentren contratadas:

Protección Básica por Fallecimiento.

La protección se cancelará en forma automática en el momento en el cual, el Asegurado quede en otra póliza de seguro. Para este caso se cobrará la Prima de riesgo asociada a cada cobertura indicada anteriormente por un período de 30 (treinta) días.

INDISPUTABILIDAD

ESTE BENEFICIO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

El Contrato de seguro será indisputable desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la expedición de cada Certificado Individual.

En caso de haber presentado requisitos médicos y que la Suma Asegurada sea mayor al SAMI, la cantidad excedente siempre será disputable.

Esta disputabilidad se aplicará únicamente durante el año siguiente a la fecha de la presentación de requisitos de selección. Por las características de la cobertura, ésta se otorga sin pago de Primas adicionales.

FALSA EDAD

ESTE BENEFICIO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites admitidos, **ARGOS** pagará en su totalidad la Suma Asegurada que corresponda al Asegurado, efectuando el ajuste de Primas y no en la Suma Asegurada.

Por las características de la cobertura, ésta se otorga sin pago de Primas adicionales.

AUTOADMINISTRACIÓN

Durante el transcurso de la vigencia de la póliza no será necesario reportar movimientos de altas y bajas de Asegurados. Únicamente se deberán reportar los Asegurados cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza. Asimismo, si dentro de la vigencia de la póliza y cuando la Suma Asegurada esté determinada con base al salario del Asegurado, se deberán reportar únicamente los incrementos en los salarios de los Asegurados que rebasen la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza.

Cada año en la renovación de la póliza, el **CONTRATANTE** deberá enviar un listado actualizado de Asegurados, a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores al término de la vigencia, para que con base a éste se efectúe el ajuste anual de Primas.

Para calcular dicho ajuste se considerará que los movimientos de Asegurados se dieron uniformemente durante la vigencia por lo que la Prima del ajuste por movimientos se calculará de la siguiente manera:

- 1) Se determina una cuota promedio al millar de Suma Asegurada. Ésta resultará de dividir la Prima neta total de la póliza al momento de la emisión multiplicada por mil entre la Suma Asegurada total del Grupo al momento de la emisión.
- 2) Se obtiene la diferencia entre la Suma Asegurada total del Grupo al término de vigencia menos la Suma Asegurada total del Grupo al inicio de vigencia de la póliza.
- 3) Se multiplica la cuota promedio al millar por la diferencia resultante del punto 2 entre mil.
- 4) El resultado del punto 3 se divide entre dos. Este último resultado será el importe de la Prima neta correspondiente al ajuste anual por movimientos.

Queda estipulado por las partes que si las altas o bajas de Asegurados durante la vigencia de la póliza rebasan un 30% de la población inicial, se realizará el ajuste de Primas correspondientes al momento en que se rebase este porcentaje, generando el recibo de Prima que corresponda.

Aquel Asegurado que no esté incluido al inicio de la vigencia, pero durante la misma sea dado de alta y posteriormente fallezca en el transcurso del período de cobertura, deberá cobrarse la Prima por el tiempo en que estuvo cubierto.

CONSENTIMIENTO DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS


ESTE BENEFICIO OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDO.

Se podrán aceptar los Consentimientos de otras Compañías de Seguros en los cuales se designe al(los) Beneficiario(s) de la póliza.

Por las características de la cobertura, ésta se otorga sin pago de Primas adicionales.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL

Para aquellos Asegurados que hayan presentado pruebas médicas en **ARGOS** y que tales pruebas hayan sido dictaminadas como normales, no será necesario presentar requisitos médicos, mientras sus incrementos en Suma Asegurada no rebasen el 15% de lo contratado y se otorgará el 100% de la cobertura tanto para la Suma Asegurada básica como para la de los beneficios adicionales.



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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 9 de Febrero de 2021 con el número CNSF-S0060-0336-2020.

Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0336-2020/CONDUSEF-004363-06 con fecha 09/02/21

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO?

Cuando se contrata un Seguro de Vida, es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu Seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Es muy fácil...

Como Contratante tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- Solicitar al Intermediario que te ofrece el Seguro la identificación que los acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el Intermediario que te ofrece el Seguro. Éste se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- Recibir toda la información que te permita conocer las Condiciones Generales del Seguro, incluyendo el alcance real de la Cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el Contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.segurosargos.com, o en cualquiera de nuestras oficinas.

En caso de que ocurra el siniestro tienes derecho a:

- Recibir el pago de la Suma Asegurada contratada en tu Póliza siempre y cuando suceda dentro del periodo de gracia para el pago de la Prima.
- Cobrar una indemnización por mora a la Aseguradora, en caso de retraso en el pago de la Suma Asegurada.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la Aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste la queja ante CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

- Conocer a través de la CONDUSEF, si se es Beneficiario de una Póliza de Seguro de Vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y su Área Metropolitana el **20.00.17.00** y desde el Interior de la República el **800.265.20.20**.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México, México; con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 15:00 horas.

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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 9 de Febrero de 2021 con el número CNSF-S0060-0336-2020. Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0336-2020/CONDUSEF-004363-06 con fecha 09/02/21

*Usted puede consultar las Condiciones Generales de su Póliza de Seguro y/o modificaciones a las mismas en nuestra página web www.segurosargos.com.



Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda
de Guadalupe Chimalistac,
Del. Álvaro Obregón, C.P. 01050
Tel. (55)20.00.17.00
01.800.265.2020
www.segurosargos.com



Seguros Argos Oficial



@Seguros_Argos