

Nuestro Seguro

Grupo Total

CONDICIONES GENERALES

*Puedes
estar*
SEGURO

ÍNDICE

I. DEFINICIONES

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

II. COBERTURAS

FALLECIMIENTO	4
GASTOS INMEDIATOS	4
GASTOS FUNERARIOS FAMILIARES	5
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA)	5
INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA "A" (IPOA)	7
INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA "B" (IPOB)	8
MUERTE ACCIDENTAL EN GRUPO Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA "B" (DIAC)	10
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITP)	11
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PERÍODO DE ESPERA DE 3 MESES (BITP 3)	13
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PERÍODO DE ESPERA DE 6 MESES (BITP 6)	15
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)	17
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS VITALICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPIV)	19
GRAVES ENFERMEDADES	21
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: TIPO 1 Y/O TIPO 2	22
CÁNCER	25

III. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO	26
SUMA ASEGURADA	26
SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL (SAMI)	26
VIGENCIA DEL CONTRATO	26
REGISTRO DE ASEGURADOS	26
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	27
MODIFICACIONES	27
CARENCIA DE RESTRICCIONES	27
MONEDA	27
PRIMA	27
PAGO DE PRIMAS	27
PERIODO DE GRACIA	28
REHABILITACIÓN	28
INGRESOS AL GRUPO ASEGURABLE	28
BAJAS EN EL GRUPO ASEGURABLE	29
DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL	29
RENOVACIÓN	29
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES SIN DIVIDENDOS	29
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES CON DIVIDENDOS EXPERIENCIA PROPIA	29
PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES CON DIVIDENDOS EXPERIENCIA GENERAL	30
VALORES GARANTIZADOS SIN DIVIDENDOS	30

VALORES GARANTIZADOS CON DIVIDENDOS	30
EDAD	30
SUICIDIO	31
BENEFICIARIOS	31
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA	31
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	31
OBLIGACIONES ART. 492	32
COMPETENCIA	34
COMUNICACIONES	37
PRESCRIPCIÓN	37
INDEMNIZACIÓN POR MORA	37
FORMA DE LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO	39
INTERMEDIARIOS	39
RESPONSABILIDAD FISCAL	39

IV. ENDOSOS

SUICIDIO	40
DERECHOS A SEPARARSE DEL GRUPO	40
INDISPUTABILIDAD	40
FALSA EDAD	40
AUTOADMINISTRACIÓN	41
AVIACIÓN PARTICULAR	41
MOTOCICLISMO	42
DEPORTES PELIGROSOS	42
HOMICIDIO	42
CONSENTIMIENTO DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS	42
ACCIDENTES BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL	43
ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL	43
PAGO DE LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL	44

**Registrado en la CONDUSEF con el número
CNSF-S0060-0526-2012/CONDUSEF-000405-01 con fecha 10/02/2017**

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

**(APLICABLES SÓLO SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA
Y CERTIFICADO SE INDICA QUE ESTÁN INCLUIDAS)**

FALLECIMIENTO

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

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**.

GASTOS INMEDIATOS

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Al fallecimiento del Asegurado, **ARGOS** realizará el pago de Gastos Inmediatos en la misma proporción que se estableció para los Beneficiarios con respecto a la Suma Asegurada básica, en un plazo no mayor a 24 (veinticuatro) horas, una vez presentada la documentación requerida.

GASTOS FUNERARIOS FAMILIARES

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS reembolsará los gastos que por concepto de Gastos Funerarios que se generen debido al fallecimiento del Asegurado o de sus dependientes Asegurados, según se define más adelante, hasta el límite de Suma Asegurada que se establezca en la carátula de la póliza, esta cobertura estará en vigor para los dependientes Asegurados mientras el Titular permanezca con vida.

En caso de fallecimiento de alguno de los dependientes Asegurados, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada se pagará en proporción a la designación de Beneficiarios.

Para efectos de esta cobertura serán considerados como dependientes económicos del Asegurado, las siguientes personas:

- El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable.
- Los hijos menores de 25 (veinticinco) años de edad, que no tengan ingreso por trabajo personal.
- Los padres del Asegurado que vivan y dependan de él.

Cualquier persona que cumpla con estos requisitos podrá ser incluida en esta cobertura mediante la solicitud del **CONTRATANTE** y aceptación de **ARGOS**.

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son:

Para el Asegurado: De 15 (quince) años como mínimo y sin límite de edad como máximo.

Para el cónyuge del Asegurado: De 15 (quince) años como mínimo y de 69 (sesenta y nueve) como máximo, renovándose hasta los 70 (setenta) años 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 sea de 71 (setenta y un) años.

Para los hijos del Asegurado: Deberán tener 30 (treinta) días de nacidos como mínimo y 24 (veinticuatro) años como máximo, renovándose hasta los 25 (veinticinco) años 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 sea de 26 (veintiséis) años.

Para los padres del Asegurado: La edad de admisión será de 15 (quince) años como mínimo y de 99 (noventa y nueve) años de edad como máximo.

Terminación de Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Al dejar de estar en vigor la póliza de la cual forma parte.
- b) Para los hijos Asegurados, al aniversario de la póliza inmediato posterior a la edad en que éstos cumplan 25 (veinticinco) años.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL (IMA)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo, a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Indemnización por Muerte Accidental, de conformidad con las siguientes definiciones:

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca la muerte en la persona del Asegurado. No se considera Accidente la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Beneficio

ARGOS pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, si a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, algún Miembro del Grupo fallece. La responsabilidad de **ARGOS** en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 64 (sesenta y cuatro) como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años 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 sea de 70 (setenta) años de edad.

EXCLUSIONES

La Suma Asegurada contratada, no será pagada en los siguientes casos:

1. La muerte accidental originada por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.**
- b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Aviación privada.**
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, en que el Asegurado participe directamente.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como la práctica de: inmersión submarina, motociclismo, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre, rafting rappel, carreras de caballos, carreras de automóviles, motocicletas y lanchas.**

2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

3. La muerte originada 90 (noventa) días después de ocurrido el Accidente.

4. La muerte originada por homicidio.

5. La muerte que ocurra a consecuencia de un asalto, siempre y cuando el Asegurado sea el asaltante.

6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la muerte del Asegurado, se origine debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos de bebidas alcohólicas a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/Dl.

7. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por ellas las que ponen en peligro la vida e integridad física de las personas.

8. Accidentes ocurridos como consecuencia de Enfermedades mentales o alteraciones nerviosas del Asegurado.

Este beneficio podrá ser otorgado como Cobertura Básica o Adicional de tres diferentes formas:

- Indemnización por Muerte Accidental (IMA).
- Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala "A" (IMAPO A).
- Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala "B" (IMAPO B).

En cualquiera de las modalidades anteriores, se podrá contratar el beneficio con Homicidio, con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS** señalada en la carátula de la póliza.

Homicidio

Entendiéndose por tal el resultado de una acción u omisión mediante el cual se priva de la vida a otra persona donde concurren las circunstancias de alevosía y/o dolo.

Se entiende por Pérdidas Orgánicas:

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA "A" (IPOA)

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio de Indemnización por Pérdidas Orgánicas Escala "A", siempre que éstas sean por consecuencia de un Accidente, de conformidad con las siguientes definiciones:

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o Pérdidas Orgánicas provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Se entenderá por:

Pérdida de un ojo: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Pérdida de una mano: La separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida del pie: La separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida del dedo: La separación completa o anquilosamiento desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y el final de los nudillos).

Beneficio

La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si las Pérdidas Orgánicas son derivadas de un Accidente cubierto y si ocurren dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo; se calculará aplicando a la Suma Asegurada contratada para cada beneficio la siguiente tabla:

Tabla de Indemnizaciones

Por pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%

Por pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Un ojo	33%
Un dedo pulgar	25%
Un dedo índice de cualquier mano	10%
Un dedo medio, anular o meñique	5%

El pago se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado solicita más de una Pérdida Orgánica, la indemnización total se calculará sumando los porcentajes correspondientes teniendo como máximo la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio se concederán únicamente si se presentan a **ARGOS** pruebas fehacientes de que la lesión o lesiones, hayan ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiona este beneficio, reservándose **ARGOS** el derecho de verificar la autenticidad de dichas pruebas.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, establecida en la carátula de la póliza.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 64 (sesenta y cuatro) como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años 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 sea de 70 (setenta) años de edad.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA "B" (IPOB)

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

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio de Indemnización por Pérdidas Orgánicas Escala "B", siempre que éstas sean por consecuencia de un Accidente, de conformidad con las siguientes definiciones:

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o Pérdidas Orgánicas provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Se entenderá por:

Pérdida de un ojo: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Pérdida de una mano: La separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.

Pérdida del pie: La separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida del dedo: La separación completa o anquilosamiento desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y el final de los nudillos).

Beneficio

La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si las Pérdidas Orgánicas son derivadas de un Accidente cubierto y si ocurren dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo; se calculará aplicando a la Suma Asegurada contratada para cada beneficio la siguiente tabla:

Tabla de Indemnizaciones

Por pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	15%
Dedo de cualquier pie (ortejo)	5%

El pago se hará al propio Asegurado.

Si el Asegurado solicita más de una Pérdida Orgánica la indemnización total se calculará sumando los porcentajes correspondientes teniendo como máximo la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio se concederán únicamente, si se presentan a **ARGOS** pruebas fehacientes de que la lesión o lesiones, hayan ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio reservándose **ARGOS** el derecho de verificar la autenticidad de dichas pruebas.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, establecida en la carátula de la póliza.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años 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 sea de 70 (setenta) años de edad.

MUERTE ACCIDENTAL EN GRUPO Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA “B” (DIAC)

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

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo, a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Muerte Accidental en Grupo y Pérdidas Orgánicas Escala “B” , de conformidad con las siguientes definiciones:

Se entiende por Accidente en Grupo el que ocurra en:

- a) Un vehículo público que no sea aéreo en el cual el Asegurado viaje como pasajero y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular.
- b) Un ascensor, con exclusión de los ascensores en las minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares, cuando el Asegurado viaje como pasajero.
- c) Un incendio, derrumbe o temblor en cualquier cine, teatro, restaurante, hotel u otro edificio de acceso público, en el cual se haya encontrado el Asegurado al manifestarse los hechos anteriores.

Beneficio

ARGOS pagará y duplicará la Suma Asegurada contratada para el beneficio de Muerte Accidental al Beneficiario o Beneficiarios designados, si la muerte del Asegurado fuera a consecuencia de un Accidente en Grupo ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Esta cobertura se podrá contratar con o sin Homicidio.

Homicidio

Entendiéndose por tal el resultado de una acción u omisión mediante el cual se priva de la vida a otra persona donde concurren las circunstancias de alevosía y/o dolo.

Este beneficio incluye INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA “B” (IPOB).

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si se presenta a **ARGOS** prueba fehaciente de que la lesión o lesiones que motiven la indemnización han ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona este beneficio.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 69 (sesenta y nueve) años 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 sea de 70 (setenta) años de edad.

EXCLUSIONES

La Suma Asegurada contratada, no será pagada en los casos siguientes:

1. La muerte accidental originada por participar en:
 - a. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - b. Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c. Aviación privada.
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, en que el Asegurado participe directamente.
 - e. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como la práctica de: inmersión submarina, motociclismo, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre, rafting rappel, carreras de caballos, carreras de automóviles, motocicletas y lanchas.
2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
3. La muerte originada 90 (noventa) días después de ocurrido el Accidente.
4. La muerte originada por homicidio.
5. La muerte que ocurra a consecuencia de un asalto, siempre y cuando el Asegurado sea el asaltante.
6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la muerte del Asegurado, se origine debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos de bebidas alcohólicas a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/Dl.
7. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por ellas las que ponen en peligro la vida e integridad física de las personas.
8. Accidentes ocurridos como consecuencia de Enfermedades mentales o alteraciones nerviosas del Asegurado.

PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITP)

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

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, de conformidad con las siguientes definiciones:

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Accidente o Enfermedad que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado, la realización de los

exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia designado por ella y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales que provoquen un estado de Invalidez Total y Permanente en el Asegurado.

Enfermedad

Alteración de la salud condicionada por un agente morboso y que impide la realización de sus actividades laborales, de tal forma que genere un estado de Invalidez Total y Permanente.

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si el Asegurado presenta pruebas de su estado de Invalidez y de que éste es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **ARGOS** se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

ARGOS podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente.

Beneficio

ARGOS conviene en anticipar la Suma Asegurada contratada al Asegurado que presente un estado de Invalidez Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad, de acuerdo con las definiciones señaladas anteriormente.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 59 (cincuenta y nueve) años como máximo, renovándose hasta los 64 (sesenta y cuatro) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá estados de:

- 1. Invalidez Total y Permanente causada por participar en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, terrorismo, alborotos populares o insurrecciones, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado.**
- 2. Invalidez Total y Permanente del Asegurado al participar en una riña, en que se involucre directamente el Asegurado.**
- 3. Invalidez Total y Permanente que ocurra durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.**

4. Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

5. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y permanente del Asegurado, se originen debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/Dl.

6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

7. Alteraciones mentales, psíquicas y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis, esquizofrenia, depresión, de cualquier tipo o causa.

8. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

9. Padecimientos que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del Contrato de seguro o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico.

10. Radiaciones ionizantes.

PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PERIODO DE ESPERA DE 3 MESES (BITP 3)

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

Durante la vigencia de la póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente con Período de Espera de 3 Meses por Accidente o Enfermedad; no aplicará el periodo de espera, cuando se trate de un caso inmediato de invalidez de conformidad con las siguientes definiciones:

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a 3 meses, contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

En caso de que no aplicara el presente beneficio, por tratarse de un caso inmediato de invalidez; se deberá solicitar el beneficio de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (BITP); el cual operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Accidente o Enfermedad que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado, la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia designado por ella y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado se encuentra

en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales que provoquen un estado de Invalidez Total y Permanente en el Asegurado.

Enfermedad

Alteración de la salud condicionada por un agente morboso y que impide la realización de sus actividades laborales, de tal forma que genere un estado de Invalidez Total y Permanente.

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si el Asegurado presenta pruebas de su estado de Invalidez y de que éste es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **ARGOS** se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

ARGOS podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente.

Beneficio

ARGOS conviene en anticipar la Suma Asegurada contratada al Asegurado que presente un estado de Invalidez Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad, de acuerdo con las definiciones señaladas anteriormente.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 59 (cincuenta y nueve) años como máximo, renovándose hasta los 64 (sesenta y cuatro) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá estados de:

- 1. Invalidez Total y Permanente causada por participar en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, terrorismo, alborotos populares o insurrecciones, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado.**
- 2. Invalidez Total y Permanente del Asegurado al participar en una riña, en que se involucre directamente el Asegurado.**
- 3. Invalidez Total y Permanente que ocurra durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.**
- 4. Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- 5. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y permanente del Asegurado,**

se originen debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/DI.

6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

7. Alteraciones mentales, psíquicas y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis, esquizofrenia, depresión, de cualquier tipo o causa.

8. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

9. Padecimientos que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del Contrato de seguro o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico.

10. Radiaciones ionizantes.

PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PERIODO DE ESPERA DE 6 MESES (BITP 6)

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

Durante la vigencia de la Póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente con Período de Espera de 6 Meses por Accidente o Enfermedad, no aplicará el periodo de espera, cuando se trate de un caso inmediato de invalidez de conformidad con las siguientes definiciones:

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a 6 meses, contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

En caso de que no aplicará el presente beneficio, por tratarse de un caso inmediato de invalidez; se deberá solicitar el beneficio de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (BITP); el cual operará solamente si en la carátula de la póliza se indica que está incluido.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Accidente o Enfermedad que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado, la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia designado por ella y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales que provoquen un estado de Invalidez Total y Permanente en el Asegurado.

Enfermedad

Alteración de la salud condicionada por un agente morboso y que impide la realización de sus actividades laborales, de tal forma que genere un estado de Invalidez Total y Permanente.

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si el Asegurado presenta pruebas de su estado de Invalidez y de que éste es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **ARGOS** se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

ARGOS podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente.

Beneficio

ARGOS conviene en anticipar la Suma Asegurada contratada al Asegurado que presente un estado de Invalidez Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad, de acuerdo con las definiciones señaladas anteriormente.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 59 (cincuenta y nueve) años como máximo, renovándose hasta los 64 (sesenta y cuatro) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá estados de:

- 1. Invalidez Total y Permanente causada por participar en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, terrorismo, alborotos populares o insurrecciones, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado.**
- 2. Invalidez Total y Permanente del Asegurado al participar en una riña, en que se involucre directamente el Asegurado.**
- 3. Invalidez Total y Permanente que ocurra durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.**
- 4. Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- 5. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y permanente del Asegurado, se originen debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante,**

estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/DI.

6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

7. Alteraciones mentales, psíquicas y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis, esquizofrenia, depresión, de cualquier tipo o causa.

8. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

9. Padecimientos que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del Contrato de seguro o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico.

10. Radiaciones ionizantes.

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPI)

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

Durante la vigencia de la Póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, cuando se trate de un caso inmediato de invalidez de conformidad con las siguientes definiciones:

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Enfermedades o Accidentes que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado, la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia designado por ella y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales que provoquen un estado de Invalidez Total y Permanente en el Asegurado.

Enfermedad

Alteración de la salud condicionada por un agente morbosos y que impide la realización de sus actividades laborales, de tal forma que genere un estado de Invalidez Total y Permanente.

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si el Asegurado presenta pruebas de su estado de Invalidez y de que éste es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **ARGOS** se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

ARGOS podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente.

Al tramitarse cualquier reclamación relacionada con el presente beneficio de Exención de Pago de Primas, **ARGOS** se reserva el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Beneficio

Para efectos del beneficio adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, **ARGOS** eximirá al **CONTRATANTE** del pago de las Primas correspondientes a un año de cobertura básica de aquel Asegurado que se Invalide Total y Permanente a causa de un Accidente o Enfermedad. El beneficio iniciará a partir de la fecha en que se diagnostique el mencionado estado de invalidez del Asegurado y sólo continuará asegurado contra el riesgo de fallecimiento.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 59 (cincuenta y nueve) años como máximo, renovándose hasta los 64 (sesenta y cuatro) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá estados de:

- 1. Invalidez Total y Permanente causada por participar en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, terrorismo, alborotos populares o insurrecciones, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado.**
- 2. Invalidez Total y Permanente del Asegurado al participar en una riña, en que se involucre directamente el Asegurado.**
- 3. Invalidez Total y Permanente que ocurra durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.**
- 4. Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- 5. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y permanente del Asegurado, se originen debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/Dl.**

6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.

7. Alteraciones mentales, psíquicas y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis, esquizofrenia, depresión, de cualquier tipo o causa.

8. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

9. Padecimientos que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del Contrato de seguro o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico.

10. Radiaciones ionizantes.

EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS VITALICIO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (EPIV)

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

Durante la vigencia de la Póliza, los Miembros del Grupo a quienes se les otorgue, gozarán del beneficio adicional de Exención de Pago de Primas Vitalicio por Invalidez Total y Permanente, cuando se trate de un caso inmediato de invalidez de conformidad con las siguientes definiciones:

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios; para efectos de valuación de incapacidades por Pérdidas Orgánicas así como las incapacidades de carácter orgánico funcional se tomará en cuenta lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo en la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanentes.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Enfermedades o Accidentes que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En caso de no contar con cualquiera de los anteriores, la certificación de un médico especialista en Medicina del Trabajo que determine la Invalidez o Incapacidad Total y Permanente de acuerdo con esta cláusula. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, **ARGOS** podrá solicitar al Asegurado, la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador especialista en la materia designado por ella y a su cuenta, con el objeto de confirmar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique que el Asegurado se encuentra en un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales que provoquen un estado de Invalidez Total y Permanente en el Asegurado.

Enfermedad

Alteración de la salud condicionada por un agente morboso y que impide la realización de sus actividades laborales, de tal forma que genere un estado de Invalidez Total y Permanente.

Pruebas

El pago de la Suma Asegurada establecida en este beneficio se concederá únicamente si el Asegurado presenta pruebas de su estado de Invalidez y de que éste es Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación, **ARGOS** se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad.

ARGOS podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Permanente.

Beneficio

Cuando se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente al Asegurado, **ARGOS** emitirá, sin costo para el Asegurado, una póliza con la Cobertura por Fallecimiento por una Suma Asegurada igual a la originalmente otorgada en esta póliza.

La nueva póliza individual, se otorgará en forma vitalicia para el Asegurado.

Prima

ARGOS concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total, que se paga a **ARGOS**.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 59 (cincuenta y nueve) años como máximo, renovándose hasta los 64 (sesenta y cuatro) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

EXCLUSIONES

Este beneficio, no cubrirá estados de:

- 1. Invalidez Total y Permanente causada por participar en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, terrorismo, alborotos populares o insurrecciones, siempre y cuando éstas resulten de la participación directa del Asegurado.**
- 2. Invalidez Total y Permanente del Asegurado al participar en una riña, en que se involucre directamente el Asegurado.**
- 3. Invalidez Total y Permanente que ocurra durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.**
- 4. Invalidez Total y Permanente que ocurra mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- 5. Aquéllos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y permanente del Asegurado, se originen debido a que el Asegurado se encontraba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol; a menos de que se demuestre a ARGOS que el grado de alcohol contenido en la sangre del Asegurado era menor a 100 Mgr/DI.**
- 6. Aquellos en que el Accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente del Asegurado ocurra mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- 7. Alteraciones mentales, psíquicas y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis, esquizofrenia, depresión, de cualquier tipo o causa.**
- 8. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**

9. Padecimientos que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del Contrato de seguro o por los cuales se haya hecho previamente un diagnóstico.

10. Radiaciones ionizantes.

GRAVES ENFERMEDADES

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

ARGOS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo a las definiciones que más adelante se establecen y siempre que la ocurrencia de la Grave Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido 90 (noventa) días naturales a partir de la contratación de dicha cobertura.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida al momento de presentar la reclamación.

Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa Certificación Médica) por primera y única vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

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) 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.

d) 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, la ocurrencia o diagnóstico (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.

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos, todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de cualquiera de las Graves Enfermedades anteriormente mencionadas.

EXCLUSIONES

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

1. Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
2. Adicciones al alcohol o drogas.
3. Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
4. Tratamientos previos a un trasplante.
5. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
6. Enfermedades preexistentes diagnosticadas o tratadas antes de la iniciación de la vigencia de la póliza y padecimientos congénitos, entendiéndose por padecimiento congénito la alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante la gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente. El conjunto de alteraciones o malformaciones congénitas que se originaron durante la gestación, será considerado como un solo evento.
7. Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
8. Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten” y similares.
9. 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.
10. El caso de períodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

Se entenderán como Enfermedades o padecimientos preexistentes, la condición de los padecimientos en fecha anterior al inicio de la vigencia de la póliza, que:

- a) Haya sido diagnosticado por un médico y/o
- b) Hayan sido aparentes a la vista y/o
- c) Se haya erogado algún gasto para su atención médica o quirúrgica.

Esta cobertura terminará en 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 o la baja del Certificado Individual expedido.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo y de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 65 (sesenta y cinco) años 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 sea de 65 (sesenta y cinco) años de edad.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: TIPO 1 Y/O TIPO 2

ESTA COBERTURA OPERARÁ SOLAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTÁ INCLUIDA.

ARGOS se obliga durante la vigencia de la póliza a cubrir la indemnización correspondiente señalada en la póliza al Asegurado Titular que sufra de uno de los eventos que se señalan (Evento Cubierto) de conformidad con las siguientes definiciones y lineamientos:

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 y/o las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2, siempre y cuando ambas se encuentren incluidas en las definiciones respectivas y no correspondan a las exclusiones.

Intervenciones Quirúrgicas

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean locales o generales.

Intervención Quirúrgica Tipo 1

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

Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 1 aquellas en las que se abran las siguientes cavidades: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.

Para las intervenciones quirúrgicas siguientes aplicará un periodo de espera de 180 (ciento ochenta) días.

- a) Cirugías de hernias de cualquier tipo.
- b) Cirugías de tumores benignos de piel, tejido celular subcutáneo y adiposo. Lipomas.
- c) Cirugías de vesícula biliar.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Intervención Quirúrgica Tipo 2

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

Se entenderá como Intervención Quirúrgica tipo 2 aquellas que no cumplan con la definición anterior y por lo tanto no puedan catalogarse como Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Comprobación Médica del Evento

Se requerirá como comprobación médica de Intervenciones Quirúrgicas para comprobar la ocurrencia la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
- Carta comprobatoria en original y con papel membretado y sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
- Informe médico del cirujano (formato de **ARGOS**).
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado Titular (formato **ARGOS**).

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS**.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS** no ratifique el dictamen de ocu-

rrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista en la materia que se trate independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico especialista en la materia que se trate independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia que se trate de **ARGOS**.

Sumas Aseguradas por Evento Cubierto

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

En caso de eventos simultáneos durante un mismo año de vigencia, dicha cobertura se pagará en una sola ocasión y la cobertura quedará cancelada para ese año, reinstalándose la Suma Asegurada al siguiente aniversario o renovación de la póliza.

Para efectos de indemnización los dos tipos de eventos son excluyentes entre si, por lo que si en un determinado caso son aplicables las definiciones de más de un tipo de evento cubierto, sólo se pagará la suma asegurada mayor.

Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado Titular requiere más de una intervención quirúrgica sólo se pagará la indemnización correspondiente a una de ellas (la de suma asegurada mayor).

En caso de que debido a un Evento Cubierto, el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que le corresponda, **ARGOS** efectuará el pago a la persona que presente la reclamación y los documentos que acrediten sus facultades de representación legal del Asegurado.

Edad

La edad de admisión para la cobertura es de 15 (quince) años como mínimo, de 64 (sesenta y cuatro) años como máximo, renovándose hasta los 65 (sesenta y cinco) años 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 66 (sesenta y seis) años de edad.

EXCLUSIONES:

La cobertura de Intervención Quirúrgica por Evento Cubierto en cualquiera de sus tipos no se cubrirá en los siguientes casos:

- 1. Toda intervención quirúrgica relacionada con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.**
- 2. Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.**
- 3. Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.**
- 4. Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de:**
 - a) Un accidente automovilístico que pueda ser plenamente comprobado con documentación oficial de aseguradoras y/o autoridades en la que queden claramente consignadas las lesiones.**
 - b) Un accidente de trabajo tipificado como tal por las autoridades en dicha materia y que sea plenamente comprobable su ocurrencia y las lesiones sufridas.**
- 5. Toda intervención quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.**
- 6. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.**
- 7. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.**
- 8. Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ” no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.**

9. Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa.
10. Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud.
11. Toda intervención quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival.
12. Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:
- Práctica profesional de cualquier deporte.
 - Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado Titular
 - Participación del Asegurado Titular en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.
 - Intento de suicidio o auto lesión.
 - Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
 - Estados de depresión o enajenación mental.
13. Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza.
14. Todas las incisiones no en “cavidades” (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm. en padecimientos benignos.

CÁNCER

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

ARGOS pagará la Suma Asegurada contratada si al Asegurado le es diagnosticado durante la vigencia de la póliza, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico – Uterino o Cáncer de Próstata, de conformidad con las definiciones siguientes:

Se entenderá por Cáncer el diagnóstico positivo de la 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. Incluye solamente, diagnóstico positivo de Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico - Uterino o Cáncer de Próstata.

Comprobación Médica del Diagnóstico

Se entenderá como Comprobación Médica del Cáncer, el diagnóstico (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por consejo de la especialidad correspondiente y se requerirá la presentación de:

- Informe del médico tratante (formato proporcionado por **ARGOS**).
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado (formato proporcionado por **ARGOS**).

Pruebas

ARGOS podrá solicitar los informes médicos, todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del diagnóstico. En caso de que el médico dictaminador de **ARGOS** no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente cuyo costo correrá a cargo de **ARGOS**, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de **ARGOS**.

Edad

Para esta cobertura los límites de admisión fijados por **ARGOS** son 15 (quince) años como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años como máximo, cancelándose automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **ARGOS**, en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del Asegurado sea de 66 (sesenta y seis) años de edad.

Liquidación del Beneficio

Para la liquidación del beneficio de Cáncer, el Asegurado deberá enviar a **ARGOS** los documentos detallados en el apartado de Comprobación Médica del Diagnóstico. En caso de proceder el pago de la Suma Asegurada, ésta se hará en una sola exhibición.

EXCLUSIONES

1. No se pagará la Cobertura de Cáncer cuando la fecha del diagnóstico sea 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.

En caso de que se convenga el pago de las primas por conducto de la dependencia, entidad o empresa en que el Asegurado preste sus servicios, con cargo a su salario, se considerarán pagadas en la fecha en que dicha prima ingrese a **ARGOS**. 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 espera 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 espera, **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 período de espera 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 período 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.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES CON DIVIDENDOS EXPERIENCIA PROPIA

En caso de que el **CONTRATANTE** participe en las utilidades que obtenga **ARGOS** en virtud del presente Contrato, éstas se otorgarán con base en la Experiencia Propia Individual del Grupo Asegurable.

Al final de la vigencia de la póliza, los dividendos se calcularán y pagarán sobre las Primas Pagadas y Devengadas y los siniestros ocurridos hasta el momento del cálculo.

En caso de que ocurrieren siniestros después de haber otorgado dividendos, el **CONTRATANTE** en conjunto con **ARGOS** estarán de acuerdo en realizar la compensación de los siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra los dividendos pagados.

Se tomarán en cuenta para el cálculo anterior, los dividendos del año a otorgar, el porcentaje de participación de utilidades

de la cartera, la Prima de Riesgo Pagada y Devengada y los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

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

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES CON DIVIDENDOS EXPERIENCIA GENERAL

En caso de que el **CONTRATANTE** participe en las utilidades que obtenga **ARGOS** en virtud del presente Contrato, éstas se otorgarán con base en la Experiencia Global de la cartera.

Al final del ejercicio fiscal se determinará si se acredita el dividendo de acuerdo a la experiencia de siniestralidad de la cartera, para lo cual se considerarán siniestros ocurridos y reportados de la cartera de Experiencia Global sin considerar la parte correspondiente a excedentes del SAMI (Suma Asegurada Máxima Individual) para otorgar sin requisitos médicos ni los siniestros correspondientes a pólizas con reaseguro facultativo.

Se considerarán los siniestros reclamados en el año fiscal al que corresponde este cálculo aún cuando hayan ocurrido previamente; dicha experiencia deberá ser menor o igual al 50% de la Prima Neta de Riesgo Devengada de la Cartera de Experiencia Global sin considerar la parte correspondiente a excedentes del SAMI, ni la Prima correspondiente a pólizas con reaseguro facultativo. Se considerará la Prima Neta de Riesgo Devengada durante el año fiscal al que corresponde este cálculo aun cuando se haya emitido la póliza previamente o que su fin de vigencia sea posterior.

La determinación del porcentaje de dividendo a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente. El pago del dividendo a la póliza se realizará en el aniversario de la misma. El dividendo será pagado sobre la Prima de Tarifa de la póliza sin considerar la Prima correspondiente a excedentes del SAMI, ni la Prima correspondiente a pólizas con reaseguro facultativo.

No se pagarán dividendos sobre el recargo por pago fraccionado.

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.

VALORES GARANTIZADOS CON DIVIDENDOS

Este producto no otorga Valores Garantizados salvo que el **CONTRATANTE** cuente con la Cobertura de Exención del Pago de Primas Vitalicio por Invalidez Total y Permanente.

El valor de rescate corresponderá al saldo de la reserva matemática.

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** se limitará a devolver el importe de la parte no devengada de la última Prima pagada del Asegurado que se ubique en este supuesto.

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. **ARGOS** garantiza el pago de la Suma Asegurada que proceda, en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles contados a partir de aquél en que se satisfagan los requisitos señalados en el párrafo que antecede.

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:*

1. 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 (01 800) 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: webmaster@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.

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.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes

no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro 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.

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.
- Beneficio Adicional Indemnización por Muerte Accidental (Doble Indemnización).
- Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente, se cubrirá la invalidez únicamente a consecuencia de un Accidente cuando éste haya ocurrido en el período mencionado.

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

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

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.

AVIACIÓN PARTICULAR

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

Queda cubierto el fallecimiento ocasionado por Accidentes que ocurran en vuelos particulares, entendiéndose por aviación particular cualquier vuelo que se realice en línea no comercial incluyendo vuelos charter y helicópteros, para los Asegurados que se encuentren viajando en calidad de pasajeros, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan de 100 (cien) horas anuales, el piloto cuente con licencia vigente y no más de 3 Asegurados en un mismo vuelo.

Esta cobertura aplica tanto para los beneficios de Invalidez como para los beneficios de Muerte Accidental.

Se concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total establecida en la carátula de la póliza.

MOTOCICLISMO

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

Queda cubierto el riesgo de Muerte Accidental por uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor siempre y cuando se utilice como herramienta de trabajo, dentro del horario laboral y que se encuentre desempeñando las labores propias de su trabajo.

Cubriendo adicionalmente el trayecto ininterrumpido del domicilio del Asegurado a las oficinas del **CONTRATANTE** y viceversa.

El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Esta cobertura no ampara las lesiones corporales o muerte del Asegurado ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Esta cobertura aplica tanto para los beneficios de Accidentes como para los de Invalidez, siempre que éstos se encuentren contratados en la póliza.

Se concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total establecida en la carátula de la póliza.

DEPORTES PELIGROSOS

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

Se cubre el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente que sufra el Asegurado en la práctica amateur de deportes peligrosos.

Esta cobertura aplica tanto para los beneficios de Accidentes como para los de Invalidez cuando éstos se encuentren contratados en la póliza.

Se concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida en la Prima total establecida en la carátula de la póliza.

HOMICIDIO

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

Se considerará como Muerte Accidental el Homicidio, entendiéndose por tal el resultado de una acción u omisión mediante el cual se priva de la vida a otra persona donde concurren las circunstancias de alevosía y/o dolo; lo anterior con una Prima adicional.

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.

ACCIDENTES BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL

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

Queda cubierta la Invalidez Total y Permanente y la Muerte Accidental a consecuencia de un Accidente estando el Asegurado bajo la influencia del alcohol; **ARGOS** quedará liberada cuando se desprenda de las actuaciones del Ministerio Público que el Asegurado incurrió en culpa grave y se determine que fue directamente responsable de la ocurrencia de dicho Accidente.

Se concede este beneficio con una Prima adicional, que se encuentra incluida ya en la Prima total establecida en la carátula de la póliza.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

Se considera que una Enfermedad es Terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediamente a la muerte y no exista para esta Enfermedad, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico -curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

No se considerarán como tratamientos médicos aquéllos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicas producidas por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Las Enfermedades que ampara esta cobertura serán:

- Insuficiencia Renal Crónica y Permanente.
- Infarto Masivo al Miocardio.
- Cáncer (excepto de la piel).
- Hemorragia o Infarto Cerebral.

Cualquier otra Enfermedad que cumpla con la definición y que no se encuentre en esta lista, se someterá a revisión por el médico dictaminador que **ARGOS** designe.

Para valorar la Enfermedad Terminal cubierta del Asegurado, se tendrá que presentar a **ARGOS** dictamen que deberá estar certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o un médico certificado en la especialidad médica que pueda emitir el diagnóstico. Este dictamen podrá ser avalado por el médico dictaminador que **ARGOS** designe, el cual deberá ser un especialista en la materia.

En caso de que el médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS** no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente especialista en la materia, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente especialista en la materia, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de **ARGOS**.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

EXCLUSIONES

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:

- 1. SIDA o presencia de VIH.**
- 2. Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- 3. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.**
- 4. Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la de la vigencia de la póliza.**

Porcentaje para Pago Anticipado

El Asegurado podrá elegir en el momento de solicitarlo, el porcentaje que desee teniendo como máximo el 50% de la Suma Asegurada.

ARGOS pagará al Asegurado la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje elegido por el Asegurado para este beneficio a la Suma Asegurada básica al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a **ARGOS** y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los Beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

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 LISF, el producto de seguros denominado ARGOS DIV quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 10 de octubre de 2012, con el número CNSF-S0060-0522-2012; el producto de seguros denominado ARGOS SD, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 10 de octubre de 2012, con el número CNSF-S0060-0526-2012; el producto de seguros denominado ARGOS DIVG, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 26 de marzo de 2013, con el número CNSF-S0060-0152-2013; el producto de seguros denominado Formatos Grupo, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 23 de enero de 2013, con el número CGEN-S0060-0064-2013; el producto de seguros denominado Obligaciones ART. 140, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 27 de marzo de 2013, con el número CGEN-S0060-0096-2013; el producto de seguros denominado Referencia Normativa, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 23 de marzo de 2015, con el número RESP-S0060-0044-2015; el producto de seguros denominado Folleto PLUS Derechos Gpo, quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 29 de junio de 2015, con el número CGEN-S0060-0156-2015.

**Registrado en la CONDUSEF con el número
CNSF-S0060-0526-2012/CONDUSEF-000405-01 con fecha 10/02/2017**

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 **01.800.265.20.20**.

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Tecoyotitla 412, Col. Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Del. 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 LISF, el producto denominado Folleto Plus Derechos Gpo quedó registrado ante la CNSF, a partir del día 29 de junio del 2015, con el número CGEN-S0060-0156-2015

Registrado en la CONDUSEF con el número CGEN-S0060-0156-2015/CONDUSEF-G-00272-001

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

Orientamos a los tuyos las 24 horas los 365 días del año, en todo México.

¿QUÉ HACER EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR?

1. Tener a la mano el Certificado de Seguro de Grupo.
2. Llamar sin costo a **ASISTENCIA ARGOS: 01.800.506.01.02**
3. Proporcionar nombre y número de Póliza o Certificado del Asegurado Titular.
4. El Asesor le indicará los pasos a seguir, así como los documentos a entregar.



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
www.puedesestarseguro.com



Seguros Argos Oficial



@Seguros_Argos