

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO DE MULTIVA

CONDICIONES GENERALES

Enero 2012

ÍNDICE

DEFINICIONES.....	02
ASEGURADO.....	02
ACCIDENTE CUBIERTO.....	02
BENEFICIARIO.....	02
CONTRATANTE.....	02
CONTRATO.....	02
EDAD.....	02
EXCLUSIONES.....	02
FECHA DE INICIO DE COBERTURA.....	02
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.....	02
FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA.....	02
LA COMPAÑÍA.....	02
RECLAMACIÓN.....	02
REGLAMENTO SEL SEGURO COLECTIVO.....	03
SUMA ASEGURADA.....	03
OBJETO DEL SEGURO.....	03
CLÁUSULAS GENERALES.....	03
ALTAS.....	03
BAJAS.....	03
AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	04
BENEFICIARIOS Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS.....	04
COMPETENCIA.....	05
COMISIONES.....	05
DISPUTABLE.....	05
EDAD.....	05
INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	06
LUGAR DE RESIDENCIA.....	08
MODIFICACIONES AL CONTRATO.....	08
MONEDA.....	08
NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES.....	08
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	08
OMISIÓN.....	09
PAGO DE INDEMNIZACIONES.....	09
PRIMAS.....	10
PLAZO DE GRACIA.....	10
PRESCRIPCIÓN.....	10
REHABILITACIÓN.....	11
RENOVACIÓN.....	11
TERMINACIÓN DEL CONTRATO.....	11
VIGENCIA.....	12
COBERTURA.....	12
COBERTURA. MUERTE ACCIDENTAL.....	12
EXCLUSIONES.....	12
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	14
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	14

DEFINICIONES**ASEGURADO**

Es la persona física amparada bajo este contrato.

ACCIDENTE CUBIERTO

Para efectos de esta póliza se entenderá por accidente, todo acontecimiento ocurrido por la acción súbita, fortuita, violenta e involuntaria, que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado.

BENEFICIARIO

Persona(s) designada(s) por el Asegurado para recibir los derechos de indemnización que se establecen en la póliza.

CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral que es responsable ante La Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.

CONTRATO

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

EDAD

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

EXCLUSIONES

Situación, eventos o circunstancias que en caso de presentarse no estarán cubiertos por esta Póliza.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA

Fecha en la cual concluye la protección de la póliza, estipulada en la carátula de la póliza.

LA COMPAÑÍA

En lo sucesivo, toda mención de La Compañía se refiere a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva.

RECLAMACIÓN

Es el trámite que realiza el Beneficiario ante La Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia del fallecimiento del Asegurado por un Accidente.

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO

En lo sucesivo, toda mención del Reglamento del Seguro Colectivo se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que pagará La Compañía por cada Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza y cláusulas correspondientes para la cobertura, ésta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del periodo de vigencia de la póliza.

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA, ampara al Asegurado en caso de muerte accidental, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza y conforme a las sumas aseguradas establecidas en el certificado individual, siempre que el accidente ocurra durante la vigencia de este seguro.

CLÁUSULAS GENERALES**ALTAS**

Las personas que ingresan a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza (Artículo 17 del Reglamento del Seguro Colectivo).

El Contratante deberá solicitar por escrito a La Compañía incluir a los nuevos Asegurados, la cual cobrará una prima calculada en proporción desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

BAJAS

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada

en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (Artículo 18 del Reglamento del Seguro Colectivo).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

Al ocurrir algún siniestro, los causahabientes del Asegurado o los beneficiarios designados, tan pronto como tengan conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, estarán obligados a comunicarlo por escrito a la Compañía, contando al efecto con un plazo de 5 días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento.

Cuando los beneficiarios omitan el aviso en el plazo establecido en el primer párrafo con la intención de impedir que se comprueben las circunstancias del siniestro, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada del contrato.

El reclamante deberá presentar a la Compañía, todas las pruebas del hecho que genera la obligación derivada del seguro y del derecho de quienes solicitan el pago.

Al presentarse alguna reclamación de seguro, la Compañía tendrá el derecho de verificar todos los hechos relacionados con el siniestro y de solicitar toda clase de información referente al siniestro a fin de determinar sus causas, circunstancias y consecuencias.

BENEFICIARIOS Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

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

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por

escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía de Seguros 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 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de La Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

COMISIONES

En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

DISPUTABLE

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la existencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado. Lo anterior también aplica para el incremento de suma asegurada y los 5 (cinco) años contarán a partir de que se autorice el aumento correspondiente.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo aplica en aquellos casos en que la Compañía les exija requisitos médicos para su admisión, por haber ingresado a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y otorgado su consentimiento después de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de dicha Colectividad.

EDAD

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 70 (setenta) años como máximo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real.
- d. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos o información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, estará obligada a pagar al beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por 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 en que se haga exigible la obligación.

Dicho artículo señala:

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos

denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del

presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar donde el asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de la póliza y las cláusulas sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del Contratante a La Compañía. Estas modificaciones deberán constar en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por La Compañía no podrán hacer modificaciones ni concesiones.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de la póliza se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a lo dispuesto en la ley monetaria vigente en la fecha de pago.

NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de La Compañía, señalado en la carátula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de La Compañía llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la Póliza, La Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que La Compañía deba hacer al Contratante o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que conozca.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del Contratante:

Informar a cada Asegurado, su calidad de integrante de la Colectividad Asegurada mediante esta póliza y entregar los certificados correspondientes.

Informar por escrito a La Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a que se verifiquen, los nuevos ingresos a la colectividad asegurada.

Asimismo, deberá recabar debidamente requisitados los consentimientos de los Asegurados vigilando que se exprese el nombre del Asegurado así como la designación de beneficiarios, su fecha de nacimiento, su Registro Federal de Contribuyentes y la suma asegurada o regla para determinarla.

Informar por escrito a La Compañía, en un plazo máximo de 30 días naturales inmediatos posteriores a que ocurran, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.

Informar por escrito a La Compañía, dentro del término de 30 días naturales siguientes a que se verifique cualquier cambio que se produzca en la situación de la colectividad y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. De ser el caso, las nuevas sumas aseguradas entrarán en vigor desde la fecha de cambio de condiciones.

OMISIÓN

El Contratante está obligado a declarar por escrito a La Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere este párrafo, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Esta misma obligación tendrá el Asegurado al que la Compañía le exija requisitos médicos para su admisión, por haber ingresado a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro y otorgado su consentimiento después de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de dicha Colectividad.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

A) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en el domicilio de La Compañía en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

B) La indemnización cubierta por La Compañía se pagará a los beneficiarios designados.

Para el pago de la cobertura contratada en esta póliza, se deberá entregar la correspondiente solicitud de reclamación en el formato que al efecto proporcionará La Compañía, en que se consignarán todos los datos e informes que en el mismo se indiquen y será firmado por el interesado o su representante legal, según corresponda, bajo protesta de decir verdad, al que se deberá acompañar la documentación siguiente:

A. Comprobante de domicilio del Asegurado (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.)

B. Acta de defunción del Asegurado (copia certificada)

C. Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (Fe, levantamiento e identificación de cadáver, necropsia, examen químico-toxicológico (para drogas y alcohol), declaraciones de testigos con relación a los hechos), en caso de accidente automovilístico parte de tránsito o policía federal preventiva.

D. Acta de nacimiento del Asegurado (copia certificada), si no se hizo la comprobación de edad con anterioridad.

E. Acta de matrimonio del Asegurado, en su caso (copia certificada)

F. Comprobante de domicilio de los beneficiarios (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.)

G. Identificación de los beneficiarios (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional)

H. Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada)

PRIMAS

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados. Cuando así se pacte, el pago de la prima o de la fracción correspondiente se hará con cargo a la cuenta de cheques o a la tarjeta de crédito o débito del contratante o asegurado, siempre y cuando exista saldo o línea de crédito en la cuenta señalada, en cuyo caso el comprobante de cargo en el estado de cuenta correspondiente, tendrá los mismos efectos que el recibo expedido por La Compañía.

La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y el Contratante es el que se compromete a realizar el pago de la misma. Para los efectos de este contrato, el período del seguro es de un año. Si se opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado establecida por La Compañía, cualquier prima no pagada será deducida de cualquier indemnización.

PLAZO DE GRACIA

El Contratante dispone de un plazo de gracia de 30 días siguientes a la fecha de su vencimiento, para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la póliza, o de la primera fracción de la misma en el caso de pagos en parcialidades.

Cuando se haya pactado el pago con cargo a cuenta, el cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada período de pago pactado. Y en caso de que la cuenta no tenga los fondos suficientes o línea de crédito disponible, la Compañía intentará hacer el cargo hasta treinta días naturales después de dicha fecha que es el período de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o Asegurado y continuando el vigor el contrato durante ese lapso.

Si durante dicho período de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato, la compañía pagará la indemnización correspondiente deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el período de gracia sin que se haya pagado la prima correspondiente o la fracción de la misma en caso de pago fraccionado, cesarán automáticamente todos los efectos del Contrato.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento

del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

REHABILITACIÓN

Si una vez concluido el periodo de gracia, no se efectuó el pago de la prima o fracción de la misma, el contrato quedará cancelado cesando los efectos del seguro.

El contrato podrá rehabilitarse en forma automática dentro de los 30 días naturales siguientes al vencimiento del período de gracia, en cuanto se realice el pago referido en el párrafo anterior. En caso de haberse acordado el pago de la prima mediante cargo a cuenta, el Contratante autoriza a la Compañía para intentar el cobro durante dicho período de rehabilitación.

Después de transcurridos los periodos de gracia y rehabilitación automática sin que haya sido pagada la prima o fracción de la misma, la póliza podrá rehabilitarse a petición expresa del Contratante o Asegurado, dentro de los 90 días naturales siguientes del vencimiento de dichos periodos. Al efecto el Contratante o Asegurado deberá:

- a. Presentar a la Compañía por escrito, una solicitud de rehabilitación.
- b. Comprobar a satisfacción de la Compañía, que reúne las condiciones de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud.
- c. El contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía. El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

RENOVACIÓN

Proceso administrativo mediante el cual, a cambio del pago de la prima correspondiente, el seguro se mantiene en vigor por un periodo igual, dando continuidad de cobertura a los Asegurados amparados en los mismos términos de cobertura. Dicha renovación se hará constar mediante endoso.

El Asegurado tendrá derecho a renovar la cobertura contratada por un plazo de seguro igual al originalmente pactado, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad adicionales, siempre y cuando su edad no exceda de los 70 años en la fecha de renovación. El derecho a este beneficio cesa en sus efectos en caso de que no se pague la prima del recibo correspondiente dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de su vencimiento.

En cada renovación se aplicará la prima que corresponda, de acuerdo con el procedimiento contenido en la nota técnica que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La vigencia del seguro contratado concluirá para cada Asegurado en la fecha de terminación indicada en la póliza, o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

- b. La cancelación de la póliza por falta de pago de la prima respectiva dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración alguna.
- c. En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, La Compañía podrá rescindir el contrato, respecto a ese Asegurado, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

VIGENCIA

Periodo de validez del contrato que es de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en la carátula de la póliza.

COBERTURA**COBERTURA. MUERTE ACCIDENTAL**

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado dentro de la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La edad mínima de contratación para este beneficio será de 18 años, siendo la edad máxima de 70 años

EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta póliza NO CUBRE la muerte del asegurado ocasionada por:

- **Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o que hayan sido provocados por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador y actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- **Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales de cualquier clase o su tentativa.**

-
- Suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 - Hernias y eventraciones, salvo que sea por accidente.
 - Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, salvo que sea por accidente.
 - Abortos, cualquiera que sea su causa.
 - Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo el influjo de alguna droga o enervante de uso ilícito, o en estado de ebriedad.
 - Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
 - Lesiones preexistentes, entendiéndose por éstas:
 - a. Aquéllas que hayan sido declaradas antes de la celebración del Contrato y/o
 - b. Aquéllas cuya existencia se determine en un expediente médico con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o
 - c. Aquéllas que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
 - d. Aquéllas por las que se han realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico previamente a la fecha de celebración del contrato.
 - Esta póliza no cubre al Asegurado mientras viaje:
 - a. En un taxi aéreo o en una aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
 - b. Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
 - c. Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

d. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

- **Tampoco ampara esta póliza los riesgos de paracaidismo, buceo, alpinismo, practica de vela, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo delta, box, lucha libre y grecorromana, rappel, rafting, jet ski, bungee y parachute.**

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Asegurado la Póliza correspondiente, en caso de que el cobro de prima objeto del seguro se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, cuya comercialización se realizó a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refiere el Artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Al acordar la contratación del seguro, la Compañía proporcionará al Contratante o Asegurado:

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de siniestros o quejas de la Compañía; y
- V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Enviará al Asegurado la Póliza y sus condiciones generales al domicilio indicado por el Asegurado, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En el supuesto de que el Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Compañía, le sea enviada la Póliza de seguro y sus condiciones generales vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.

La Póliza podrá ser cancelada o no renovada de manera automática a petición del Asegurado mediante aviso dado por escrito a la Compañía, o bien, solicitando su cancelación vía telefónica, para lo cual se le proporcionará un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no renovación.

La cancelación o no renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la información personal del Asegurado, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que Seguros Multiva, S. A. Grupo Financiero Multiva recolecte mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, a través de terceros autorizados, por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, será utilizada para el cumplimiento del contrato de seguro al que se incorpora el presente aviso, así como para la realización

de estudios estadísticos, para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Grupo Financiero Multiva así como para remitirle información sobre productos y servicios del mismo.

La información personal del Asegurado que Seguros Multiva, S.A. Grupo Financiero Multiva recabe en esta forma se trata con la confidencialidad debida y no se vende, ni cede a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a Seguros Multiva S.A. Grupo Financiero Multiva a compartirla en los siguientes casos:

Cuando dicha transferencia de información se efectuó con terceros con los que la Compañía celebre contratos en interés del Asegurado o para dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado con el mismo.

En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento de Datos Personales de Seguros Multiva S.A. Grupo Financiero Multiva, ante quién el Asegurado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito.

Seguros Multiva S.A. Grupo Financiero Multiva se reserva el derecho a modificar este Aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.multiva.com.mx.

Se entenderá que el Asegurado consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de Enero de 2012, con el número CNSF-S0016-0368-2011”