Allianz

Seguro de Vida

Temporal 1 año Renovable
Allianz Vida Grupo con Dividendos

→ Condiciones Generales



Índice

1. Objeto del Seguro 4

2. Definiciones 4
2.1. Accidente 4
2.2. Asegurado Titular 4
2.3. Beneficiario 4
2.4. Carátula de la Póliza 4
2.5. Certificado 5
2.6. Contratante 5
2.7. Culpa Grave 5
2.8. Detalle de Cobertura 5
2.9. Dependientes Asegurados 5
2.10. Dividendos 5
2.11. Endoso 6
2.12. Fecha de Alta 6
2.13. Grupo Asegurable 6
2.14. Homicidio Intencional o Doloso 6
2.15. Periodo al Descubierto 6
2.16. Prima de movimiento 6
2.17. Prima de riesgo 7
2.18. Suma Asegurada Máxima sin Requisitos de Selección (SAMI) 7
2.19. Siniestro Cubierto 7
2.20. Subgrupo 7
2.21. Suma Asegurada 7
2.22. Contribución de los Asegurados 7
2.23. Seguros Contributorios 7
2.24. Reglamento del Seguro de Grupo 8
2.25. Unidad de Medida y Actualización (UMA) 8

3. Cláusulas Generales 8
3.1. Bases del Contrato 8
3.2. Rescisión del Contrato por Omisiones o declaraciones inexactas 8
3.3. Modificaciones al Contrato 10
3.4. Disputabilidad 11
3.5. Comunicaciones 11
3.6. Competencia 11
3.7. Deducibilidad 15
3.8. Participación de Utilidades 15
3.9. Agravación del riesgo 16
3.10. Sanciones y Embargos 18

4. Vigencia del Seguro 18
4.1. Vigencia del Contrato 18
4.2. Cesación de los efectos del contrato 18
4.3. Rehabilitación 18
4.4. Renovación 19
4.5. Cancelación Anticipada del Seguro 19

5. Suma Asegurada 20
5.1. Sumas Aseguradas 20

6. Obligaciones del Contrato 20
6.1. Cálculo de la prima 20
6.2. Pago de la prima 21
6.3. Forma de pago de la prima 21
6.4. Periodo de Gracia 21
6.5. Edad 21
6.6. Obligaciones del contratante 22
6.7. Altas de asegurados 24
6.8. Baja de asegurados 25
6.9. Convenio de Autoadministración 25
6.10. Registro de Asegurados 25
6.11. Certificados Individuales 26
6.12. Beneficiarios 26
6.13. Cambio de Contratante 27

7. Descripción de Coberturas Básicas 27
7.1. Cobertura por Fallecimiento 27
7.2. Cobertura de Gastos Funerarios Familiar 29

8. Descripción de Coberturas Opcionales 32
8.1. Indemnización por Muerte Accidental 32
8.2. Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros 33
8.3. Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva 35
8.4. Indemnización por Invalidez Total y Permanente (BIPA) 40
8.5. Exención Vitalicia de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) 42
8.6. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer 46
8.7. Graves Enfermedades 48
8.8. Intervención quirúrgica 51

9. Indemnización 55
9.1. Solicitud de información 55
9.2. Cláusula de revelación de comisiones 56
9.3. Pago de Suma Asegurada 56
9.4. Carencia de restricciones 57
9.5. Arbitraje 57
9.6. Pagos Improcedentes 57
9.7. Moneda 57
9.8. Suicidio 58
9.9. Interés Moratorio 58
9.10. Privilegio de Conversión 60
9.11. Prescripción 61

1. OBJETO DEL SEGURO

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, denominada en adelante como "Allianz", se obliga con aquellos que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del Asegurado en su existencia, a pagar la Suma Asegurada a los Beneficiarios o al mismo Asegurado por las coberturas amparadas en este contrato.

La póliza de seguro y las disposiciones que componen e integran el clausulado del contrato de seguro, respetan los derechos humanos y fundamentales del Asegurado como usuario de un servicio financiero, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana y buscan establecer una relación contractual equitativa, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

2. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

2.1. Accidente

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

2.2. Asegurado Titular

Es aquella persona que firma el Consentimiento y es miembro directo del Grupo Asegurado y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de la Póliza.

2.3. Beneficiario

Persona física o moral designada en la póliza por el Asegurado o Contratante en el Consentimiento correspondiente, como titular de los derechos indemnizatorios.

2.4. Carátula de la Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

2.5. Certificado

Allianz expide un Certificado por cada Integrante del Grupo Asegurado que describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la póliza.

Todos los Certificados individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada asegurado.

2.6. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del contrato de seguro y que tiene como obligación el pago de la prima.

2.7. Culpa Grave

Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

2.8. Detalle de cobertura

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de Allianz y del Contratante o Asegurado.

2.9. Dependientes Asegurados

Se consideran Dependientes Asegurados para la cobertura de Gastos Funerarios Familiar, en caso de haber sido contratada esta cobertura, a:

a) El cónyuge, concubinario o conviviente menor de 70 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)

b) Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción)

2.10. Dividendos

Es el monto que corresponde al Contratante o al Asegurado, en este último caso cuando participe en el pago de la prima, en pólizas con participación de utilidades.

2.11. Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones Generales y forma parte del Contrato de Seguro.

2.12. Fecha de Alta

Fecha de inclusión del Asegurado en la póliza de Allianz.

2.13. Grupo Asegurable

Está formado por los integrantes en servicio activo y que no se encuentren en un proceso de incapacidad o de invalidez a la fecha de su alta en la póliza de Allianz, de un grupo constituido legalmente, que pertenezcan a una misma empresa, previo e independiente a la celebración del contrato e incluido en el registro de los asegurados de la póliza.

El contratante podrá declarar explícitamente a ALLIANZ aquellos integrantes que no se encuentren en servicio activo o que se encuentren en proceso de incapacidad o de invalidez a la fecha de su alta en la póliza; lo anterior con la finalidad de que ALLIANZ evalúe la posibilidad de incluirlos dentro del Grupo Asegurable y sobre las condiciones en que lo haría.

2.14. Homicidio Intencional o Doloso

Delito consistente en privar de la vida a otra persona donde concurren las circunstancias de alevosía, premeditación o ensañamiento.

2.15. Periodo al Descubierto

Es aquel lapso de tiempo en el cual los beneficios de la póliza no tendrán efecto. Inicia al día siguiente de finalizado el Período de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

2.16. Prima de movimiento

Obligación de pago a cargo del Contratante o de devolución a cargo de Allianz, según sea el caso, por concepto de las modificaciones realizadas a la póliza.

2.17. Prima de riesgo

La Prima de Riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante menos los porcentajes de recargos especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

2.18. Suma Asegurada Máxima sin Requisitos de Selección (SAMI)

Es la Suma Asegurada Máxima por cada Integrante del Grupo Asegurado que Allianz se obliga a aceptar sin solicitar requisitos adicionales.

2.19. Siniestro Cubierto

Es la realización de la eventualidad prevista en este Contrato, amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta póliza.

2.20. Subgrupo

Es la división del Grupo Asegurado donde implique diferentes condiciones de contratación definidas por el Contratante.

2.21. Suma Asegurada

Es la cantidad convenida para cada Cobertura Contratada que Allianz pagará a los Beneficiarios del Asegurado que sufra un Siniestro Cubierto durante la vigencia de la Póliza.

2.22. Contribución de los Asegurados

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir en el pago de la prima, siendo responsabilidad del Contratante liquidarla oportunamente a Allianz para que los asegurados estén cubiertos en la póliza.

2.23. Seguros Contributorios

Será obligación del Contratante reportar a Allianz en qué porcentaje participa el Asegurado en el pago de las primas, así como la información requerida para la elaboración de las facturas.

2.24. Reglamento del Seguro de Grupo

Se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Julio de 2009.

2.25. Unidad de Medida y Actualización (UMA)

Es la referencia económica en pesos usada para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, la cual sustituye a la medida de Salario Mínimo General. Se tomará como Unidad de Medida y Actualización, el valor vigente en la Ciudad de México a la fecha de erogación del primer siniestro cubierto.

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1. Bases del Contrato

Acuerdo de voluntades por virtud de la cual Allianz, se obliga mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

La Solicitud, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, el Registro de Asegurados, los Consentimientos, los Certificados Individuales, los Endosos y Cláusulas que se agreguen, así como las declaraciones del Contratante o de los Asegurados, constituyen prueba del contrato del seguro celebrado entre el Contratante, los Asegurados y Allianz, bajo el cual quedan amparados todos los Asegurados que integran esta póliza.

Allianz expide un certificado por cada Integrante del Grupo Asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la póliza. Todos los certificados individuales se entregan al Contratante, quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado junto con el resumen de las principales coberturas y exclusiones de la póliza.

3.2. Rescisión del contrato por Omisiones o declaraciones inexactas

El presente contrato, cualquiera de los Certificados Individuales o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que Allianz tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Contratante o del Asegurado, en su caso, para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este seguro y de conformidad con lo estipulado en los Artículos 47, 8, 9, 10, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o, 9o y 10o. de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.”

El Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, 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.”

El Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

El Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.”

El Artículo 69 de la de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

El Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirán o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior”.

Del mismo modo, se hace constar lo siguiente:

Transcripción del Artículo 20 fracción I del Reglamento del Seguro de Grupo:

Artículo 20: “Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.”

3.3. Modificaciones al Contrato

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y Allianz, y se harán constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo previsto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

El **Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro** establece:

“Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del Artículo 21.”

El **Artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro** señala:

“El contrato de seguro:

I.- Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.

II. No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III. Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.”

El **Artículo 25° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro** señala:

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”. Este mismo derecho se hace extensivo para el Contratante.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por Allianz, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

3.4. Disputabilidad

Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o la de su última rehabilitación, durante el cual Allianz se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el período para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la Fecha de Alta en el Grupo Asegurado.

Transcurrido dicho plazo Allianz 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 o el Asegurado.

3.5. Comunicaciones

Toda notificación relacionada con el presente contrato por parte del Contratante o del Asegurado, deberá dirigirse por escrito a Allianz en el domicilio que se presenta en la Carátula de la Póliza. Será obligación de Allianz comunicar por escrito al Contratante o Asegurado de cualquier cambio de domicilio.

Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de Allianz, por lo tanto cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula carecerá de validez.

3.6. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado o sus Beneficiarios podrán hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Allianz 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 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, a partir de la negativa de Allianz a satisfacer las pretensiones del Asegurado o sus Beneficiarios.

En caso de que las partes no concilien ante 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.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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 personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones; y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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".

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 cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, 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 o diferir 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 formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión

Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje 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, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su

caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, 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 al procedimiento arbitral conforme a esta 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 podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

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."

Atención de consultas y reclamaciones Allianz:
Unidad Especializada de Atención a Usuarios
Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1, Col. Lomas de Barrilaco.
México D.F. C.P. 11010
claudia.espinosa@allianz.com.mx
Tel. (55) 5201 3000 y (01 800) 1111 200 Ext. 3039

Atención y protección a los usuarios:
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100
asesoria@condusef.gob.mx
Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80

3.7. Deducibilidad

Las primas del presente contrato son deducibles de impuestos tanto para personas físicas como morales en términos de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y las disposiciones legales aplicables.

3.8. Participación de Utilidades

El pago de dividendos que corresponda a la Póliza, se harán constar mediante el Endoso de Dividendos correspondiente registrado ante la CNSF.

3.9. Agravación del Riesgo

El Asegurado Titular o Contratante deberá declarar a Allianz por escrito, dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado derivado de un cambio de residencia, ocupación o actividad de alguno o de todos los asegurados que figuren en la póliza, así como de sus Dependientes. Allianz analizará el nuevo riesgo y, en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo. Si el Asegurado Titular o Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, o bien, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, no remitiera en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados al siniestro, Allianz no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fueren condenados mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratantes, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato podrán ser restauradas una vez que Allianz tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Allianz consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

3.10. Sanciones y Embargos

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura ni indemnizar ninguna reclamación o beneficio que se derive de la presente póliza en la medida que esa cobertura, indemnización o beneficio implicaran que la Compañía pudiera quedar expuesto a cualquier sanción, prohibición o restricción establecidas en una resolución de las Naciones Unidas y/o en sanciones económicas o mercantiles establecidas por normativas o regulaciones de la Unión Europea, los Estados Unidos de América o por cualquier otra jurisdicción, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

4.1. Vigencia del Contrato

El presente contrato entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia indicada en la Carátula de la Póliza desde las doce horas del primer día de vigencia, y terminará a las doce horas del último día indicado como fin de vigencia o antes en los casos previstos en las Condiciones Generales.

4.2. Cesación de los efectos del contrato

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a los 30 días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, es decir al finalizar el Período de Gracia. Si dentro de este periodo ocurre un siniestro, Allianz podrá deducir de la Suma Asegurada, la prima total del grupo correspondiente a dicho periodo.

4.3. Rehabilitación

En el caso en que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación al efectuar durante los treinta días siguientes de terminado el Período de Gracia el pago de la prima correspondiente.

Para ello, deberá realizar su solicitud por escrito a la Compañía y comprobar a satisfacción de Allianz que los asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en la fecha de la solicitud de la rehabilitación.

En caso de que se autorice dicha rehabilitación, ésta se otorgará respetando la vigencia originalmente pactada.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar Allianz, para fines administrativos, en el recibo de pago correspondiente o en cualquier otro documento.

4.4. Renovación

Allianz podrá, a petición expresa del Contratante, renovar el presente contrato mediante Endoso a la póliza en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo vigente a la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Lo anterior de conformidad con el **Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo:**

"La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas."

4.5. Cancelación Anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a Allianz. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

Allianz se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Contratante, Allianz no podrá negar el trámite de cancelación cuando éste se realice por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación; tampoco podrá negar o retrasar el trámite de cancelación sin que exista una causa justificada.

En este caso, Allianz reembolsará únicamente, de la prima pagada por el Contratante o Asegurado, la prima de riesgo no devengada más la parte no devengada de los gastos de administración de Allianz en un plazo de 30 días.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante menos los porcentajes de recargos especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro, la cual deberá contener también el método para devengar la prima y los gastos aquí mencionados.

5. SUMA ASEGURADA

5.1. Sumas Aseguradas

La Suma Asegurada para cada Integrante del Grupo Asegurado, se determinará para cada una de las Coberturas Contratadas con base en la regla de cálculo establecida en la Carátula de la Póliza o del Subgrupo al que pertenece el Asegurado.

Los Asegurados que superen la SAMI quedarán limitados a esta cantidad y el Contratante podrá solicitar ampliar la Suma Asegurada presentando los requisitos adicionales que Allianz indique para valorar la posible aceptación del monto excedente; en caso de ser aceptado, Allianz expedirá las condiciones y el costo requerido para su cobertura.

Para los Asegurados en servicio activo, el Contratante deberá dar aviso a Allianz en los siguientes casos:

a. Cuando la regla para determinar la Suma Asegurada dependa del sueldo y se presente un incremento general de nómina superior al 10%.

b. Si cualquier incremento en Suma Asegurada genera que alguno de los Asegurados supere la SAMI.

c. Si la Suma Asegurada Total del Grupo presenta un incremento superior al 10%.

d. Si algún Asegurado cambia del Subgrupo en el que fue dado de alta originalmente en la póliza y le implica un aumento de Suma Asegurada.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1. Cálculo de la prima

La prima total del Grupo será la suma de las primas que correspondan a cada Integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y Suma

Asegurada de la Cobertura por Fallecimiento y de las Coberturas Adicionales contratadas en la fecha de inicio de vigencia, más recargos y derechos, esto conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

En la Carátula de la Póliza se establece la prima total a pagar por el Contratante.

6.2. Pago de la prima

Las primas convenidas en esta póliza deberán ser pagadas a su vencimiento, mediante las opciones que Allianz tenga para tales efectos, contra entrega del recibo oficial avalando el pago de la póliza.

El Contratante será el responsable de realizar dicho pago para lo cual, dispone de un Período de Gracia para liquidar el total de la prima o la fracción de ella pactada en el Contrato, en los términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de pago en parcialidades, al primer recibo se le agregara el cargo por concepto de derecho de póliza, cargo que no se realizará en los recibos subsecuentes.

6.3. Forma de pago de la prima

La forma de pago se estipulará en la Carátula de la Póliza pudiendo ser anual, semestral, trimestral o mensual. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los treinta días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago. Si el Contratante 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 casos diferentes al anual, a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado.

6.4. Período de Gracia

De conformidad con lo estipulado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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”.
El periodo de gracia de este producto es de treinta días naturales, si no se realiza el pago de la prima o la fracción correspondiente.

6.5. Edad

Para los efectos de este contrato se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado a la fecha de la celebración del mismo o la de alta al seguro. Las

edades declaradas por los miembros del Grupo Asegurado deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario Allianz, la cual en ese momento hará la anotación en el certificado respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas posteriormente.

De conformidad con lo estipulado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 171: Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 172: Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

Para los cálculos que exige el presente Artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato".

6.6. Obligaciones del contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este contrato:

a. Formar un Listado de Asegurados que incluya para cada uno de los Asegurados: el nombre, edad o fecha de nacimiento, sexo, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la Fecha de Alta al Grupo Asegurado, la fecha de Baja, en su caso, el número de Certificado Individual y las Coberturas Contratadas.

   En el mismo se anotarán también las Altas de nuevos Asegurados, las Bajas de Asegurados y las variaciones en las Sumas Aseguradas que llegaran a presentarse durante la vigencia.

b. Comunicar a Allianz las Altas de nuevos Asegurados al Grupo Asegurado, dentro de los treinta días siguientes a cada ingreso. Además, deberá pagar la prima que corresponda, de acuerdo al ajuste de prima definido.

c. Comunicar a Allianz las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta días siguientes a cada separación.

d. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio en las Sumas Aseguradas, de conformidad con lo establecido en la Cláusula de Sumas Aseguradas.

   El aviso de dichos cambios y de las nuevas sumas aseguradas debe hacerse en un plazo máximo de treinta días después del cambio. Las nuevas Sumas Aseguradas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

e. Cuando se trate de personal eventual, el Contratante se obliga a reportar, dentro de los treinta días naturales siguientes, lo relacionado a los movimientos de Altas y Bajas de los Asegurados que hubiese durante la vigencia de la póliza.

f. Contar con el Consentimiento individual para ser Asegurado de cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación al mismo, que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla, así como la designación de Beneficiarios.

g. En los casos en los que así se acuerde, deberán enviar a Allianz los Consentimientos de los Asegurados, dentro del plazo convenido.

h. Archivar, conservar y mantener en custodia en el expediente personal del Asegurado, el original del Consentimiento individual para ser Asegurado firmado por el propio Asegurado y su designación de Beneficiarios, ya que en el supuesto de reclamación de Suma Asegurada al ocurrir el riesgo amparado, por su conducto se entregará a Allianz para el trámite del siniestro.

i. Entregar los Certificados Individuales a cada uno de los Integrantes del Grupo Asegurado junto con las principales cláusulas y coberturas del contrato.

j. Hacer del conocimiento de los Integrantes, la información relativa a las Coberturas Contratadas y prevista en las presentes Condiciones Generales.

En todo caso, el Contratante deberá entregar a Allianz la información correspondiente y necesaria, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros.

6.7. Altas de Asegurados

Las Altas de nuevos Asegurados al Grupo Asegurado deberán ser comunicadas a Allianz dentro de los treinta días siguientes a cada ingreso.

La cobertura para los nuevos Asegurados iniciará desde el momento en que sean elegibles de acuerdo a lo definido para pertenecer al Grupo Asegurable. Allianz podrá exigir en cualquier momento documentos originales que sean necesarios y suficientes para comprobar que la persona pertenece al Grupo Asegurado, así como para comprobar la fecha de ingreso al mismo.

Es obligación del Contratante recabar los Consentimientos individuales y entregar a los nuevos Asegurados los Certificados Individuales, de conformidad con lo señalado en la Cláusula Obligaciones del contratante.

Transcripción del **Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo:**

Artículo 17: “Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurado 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad Asegurado 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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, contado 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.”

En caso de que Allianz haya solicitado requisitos médicos u otros al Asegurado a los que se refiere el último párrafo del artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo, éste deberá presentarlos dentro de un plazo máximo de quince días naturales contados a partir de la fecha en que se le hayan solicitado. De no cumplir con lo solicitado dentro de este plazo, se entenderá que no quedará asegurado.

6.8. Baja de Asegurados

Transcripción del **Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo:**

Artículo 18: "Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

Cuando el miembro del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo.

Las separaciones definitivas del Grupo Asegurado deberán ser comunicadas a Allianz dentro de los treinta días siguientes a cada separación.
Las Bajas deberán quedar asentadas en el Listado de Asegurados a que se refiere la Cláusula de Obligaciones del contratante.

6.9. Convenio de Autoadministración

Es el convenio que, en su caso, firman el Contratante y Allianz, en el cual se estipulan los procedimientos de administración de la póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

La administración se llevará a cabo en los términos establecidos en el endoso que en su caso, expida Allianz al respecto.

En todo caso, el Contratante deberá entregar a la Aseguradora la información correspondiente y necesaria, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo vigente, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF en materia de estos seguros.

6.10. Registro de Asegurados

Allianz elaborará un registro de los miembros del Grupo Asegurado en los términos de esta póliza, el cual será entregado al Contratante a solicitud expresa.

Dicho registro contendrá entre otros datos, el nombre, fecha de nacimiento o edad, sexo, suma asegurada que le corresponda o la regla para determinarla,

fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo, fecha de vigencia del certificado, número de certificado, operación y plan de seguros de que se trate y coberturas amparadas de cada uno de los Asegurados.

En el mismo se anotarán también las altas y bajas de Asegurados o las variaciones en las sumas aseguradas siempre a solicitud del Contratante y previa aceptación de Allianz.

6.11. Certificados Individuales

Allianz expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado que entregará al Contratante, que contendrá entre otros datos:

a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora.
b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora.
c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado.
d) Nombre del Contratante.
e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado.
g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio.
h) Nombre de los beneficiarios.

6.12. Beneficiarios

El Beneficiario es aquella persona o personas que pudiendo ejercer por sí mismos sus derechos y obligaciones, son designados por el Asegurado en el Certificado Individual para recibir una parte o la totalidad de la Suma Asegurada que se establece en la póliza.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del Grupo puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados, mediante notificación por escrito, que junto con el certificado respectivo deberá remitir a Allianz para la anotación correspondiente en el certificado y una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al Asegurado por conducto del Contratante.

El (los) último(s) Beneficiario(s) designado(s) tendrá(n) acción directa para cobrar la Suma Asegurada que corresponda.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, Allianz paga al último Beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya Beneficiario designado, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

La misma regla se observará, en caso de que el Beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el Beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Cuando haya varios Beneficiarios, la parte del que muera antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencia: En 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 por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de los 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.

6.13. Cambio de Contratante

De conformidad con lo establecido en el **Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo:**

“Para el caso de los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los Artículos 7 y 8 de este Reglamento”.

7. DESCRIPCION DE COBERTURAS BÁSICAS

El Contratante o Asegurado Titular podrá elegir de una de las coberturas básicas de fallecimiento o ambas.

7.1. Cobertura por Fallecimiento

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases regirán para los Asegurados que perteneciendo al Grupo, se encuentren en el Registro de Asegurados de la póliza, incluyendo todos los

movimientos de Alta de Asegurados que se hayan registrado conforme a lo estipulado en estas Condiciones Generales.

Beneficio:
Allianz pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Asegurado en el Consentimiento Individual, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece en fecha posterior a su Fecha de Alta, debiendo estar la póliza en vigor al momento del siniestro. Para iniciar la reclamación del siniestro se deberán presentar a Allianz pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado, así como toda la documentación requerida.

Edad de Aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en los siguientes casos:

a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

b) En caso de haberse determinado y otorgado la invalidez total y permanente al Asegurado.

En caso de siniestro el asegurado y/o beneficiario deberá de presentar los siguientes documentos:

Documentos del asegurado:

PRESENTAR ORIGINAL DE:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento
- Consentimiento / Certificado individual que lo acredita como asegurado de Allianz México, actualizado y que incluya los siguientes datos:
  1. Contratante, número de póliza con fecha del documento
  2. Regla de suma asegurada
  3. Designación de beneficiarios
  4. Firma del Asegurado
  5. Firma del Director de la Aseguradora

PRESENTAR COPIA SIMPLE DE:

- Reporte de incidencias del IMSS generado por Recursos Humanos de la Empresa Contratante o Documento que soporte que el asegurado se encontraba activo al inicio de vigencia de la póliza en Allianz
- Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS), sólo si la tuviera

- Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)

Documentos del(os) beneficiario(s):

PRESENTAR ORIGINAL DE:

- Formato para Conocimiento e identificación del cliente; para los beneficiarios de seguro de vida, corresponde el formato de persona física, mismo que se puede consultar en nuestro portal www.allianz.com.mx

PRESENTAR COPIA SIMPLE DE:

- Acta de nacimiento
- Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
- Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- Acta de matrimonio (En caso de que el beneficiario sea el cónyuge)
- Resolución de Concubinato emitida por el Juez de lo Familiar, o carta del beneficiario aceptando la retención de ISR del 20% (En caso de que el beneficiario sea concubino(a)) ; o documento que sustente que se trata de Sociedad de Convivencia (cuando así aplique)
- Estado de cuenta bancario de cada beneficiario, en el cual aparezcan los datos del titular de la cuenta y la clabe interbancaria de 18 dígitos para realizar los pagos correspondientes vía transferencia electrónica.

En caso de siniestros especiales Allianz podrá solicitar información adicional que le permita determinar la procedencia del siniestro, de conformidad con lo establecido por el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

7.2. Cobertura de Gastos Funerarios Familiar

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Beneficio:
Allianz pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios Familiar, si el Asegurado o alguno de sus Dependientes Asegurados fallecen en fecha posterior a su Fecha de Alta, debiendo estar la póliza en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza. La Suma Asegurada máxima para asegurados menores de 12 años, será de 60 UMA Mensual Vigente en la fecha del siniestro.
En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, Allianz pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados en el Consentimiento Individual, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de presentarse el fallecimiento de alguno de los Dependientes Asegurados, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Titular.

Para efectos de esta cobertura, solamente las personas que se indican a continuación podrán ser consideradas como Dependientes Asegurados, mediante la solicitud del Contratante y aceptación previa de Allianz:

a) El cónyuge, concubinario o conviviente menor de 71 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)

b) Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Edad de Aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de este beneficio terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en los siguientes casos:

a. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, esta cobertura cesará sus efectos en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.

b. En caso de haberse determinado y otorgado la invalidez total y permanente.

En caso de siniestro el asegurado y/o beneficiario deberá de presentar los siguientes documentos:

Documentos del asegurado:

PRESENTAR ORIGINAL DE:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento
- Consentimiento / Certificado individual que lo acredita como asegurado de Allianz México, actualizado y que incluya los siguientes datos:
  1. Contratante, número de póliza con fecha del documento

2. Regla de suma asegurada
3. Designación de beneficiarios
4. Firma del Asegurado
5. Firma del Director de la Aseguradora

PRESENTAR COPIA SIMPLE DE:

- Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
- Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- Último recibo de nómina, puede ser documento digital o electrónico

Documentos del(os) beneficiario(s):

PRESENTAR ORIGINAL DE:

- Formato para Conocimiento e identificación del cliente; para los beneficiarios de seguro de vida, corresponde el formato de persona física, mismo que se puede consultar en nuestro portal www.allianz.com.mx

PRESENTAR COPIA SIMPLE DE:

- Acta de nacimiento
- Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
- Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- Acta de matrimonio (En caso de que el beneficiario sea el cónyuge)
- Resolución de Concubinato emitida por el Juez de lo Familiar, o carta del beneficiario aceptando la retención de ISR del 20% (En caso de que el beneficiario sea concubino(a)) ; o documento que sustente que se trata de Sociedad de Convivencia (cuando así aplique)
- Estado de cuenta bancario de cada beneficiario, en el cual aparezcan los datos del titular de la cuenta y la clabe interbancaria de 18 dígitos para realizar los pagos correspondientes vía transferencia electrónica.

En caso de siniestros especiales Allianz podrá solicitar información adicional que le permita determinar la procedencia del siniestro, de conformidad con lo establecido por el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

8. DESCRIPCION DE COBERTURAS OPCIONALES

8.1. Indemnización por Muerte Accidental

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue este Beneficio, según lo señalado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del siniestro.

Beneficio:
Allianz pagará a (los) Beneficiario(s), l a S uma A segurada c ontratada para esta cobertura, si la muerte ocurre durante la vigencia del certificado y e s a consecuencia directa de un Accidente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los siguientes ciento ochenta días naturales a partir de la fecha del mismo.

No se considera Accidente la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Edad de aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en los siguientes casos:

a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

b) En caso de haberse determinado y otorgado la invalidez total y permanente al Asegurado

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

En caso de siniestro el asegurado y/o beneficiario deberá de presentar los siguientes documentos:

Documentos del asegurado:

PRESENTAR ORIGINAL DE:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento - Consentimiento / Certificado individual que lo acredita como asegurado de Allianz México, actualizado y que incluya los siguientes datos:

1. Contratante, número de póliza con fecha del documento
2. Regla de suma asegurada
3. Designación de beneficiarios
4. Firma del Asegurado
5. Firma del Director de la Aseguradora

PRESENTAR COPIA SIMPLE DE:

- Reporte de incidencias del IMSS generado por Recursos Humanos de la Empresa Contratante o Documento que soporte que el asegurado se encontraba activo al inicio de vigencia de la póliza en Allianz.
- Identificación Oficial vigente (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, licencia de conducir, credencial del IMSS)
- Comprobante de Domicilio en caso de ser diferente al registrado en el IFE o de no encontrarse en la identificación presentada (Recibos Agua, Luz, Teléfono, impuesto predial o estados de cuenta bancarios, con una vigencia no mayor a tres meses de su fecha de emisión)
- Último recibo de nómina, puede ser documento digital o electrónico
- Actuaciones del Ministerio Público, desde el inicio de la Averiguación Previa hasta la conclusión de la investigación, que incluyen, pero no se limitan a:
  1. Conocimiento y fe de hechos
  2. Resultado de exámenes realizados: toxicológicos y alcoholemia
  3. Reconocimiento del cadáver
  4. Peritaje de inspección oculares
  5. Investigaciones y declaraciones de testigos En caso de siniestros especiales Allianz podrá solicitar información adicional que le permita determinar la procedencia del siniestro, de conformidad con lo establecido por el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

8.2. Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de miembros

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue este Beneficio, según lo señalado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del siniestro.

Beneficio:
Allianz pagará a (los) Beneficiario(s), o al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para este beneficio, si la muerte o la pérdida de miembros, ocurren durante la vigencia del certificado y se deben exclusivamente a lesiones provocadas por un Accidente, siempre y cuando la muerte o la pérdida de miembros ocurra dentro de los siguientes ciento ochenta días naturales a partir de la fecha del mismo.

No se considera Accidente la muerte o la pérdida de miembros provocada intencionalmente por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado fallezca después de aplicar el cobro por Pérdida de miembros, se descontará de la Suma Asegurada de esta cobertura la cantidad que se hubiere pagado por Pérdida de miembros dentro del mismo lapso, a consecuencia del mismo Accidente.

Para iniciar la reclamación del siniestro se deberán presentar a Allianz pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado o la pérdida de miembros, así como toda la documentación requerida.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para nuevos Accidentes.

Las indemnizaciones de esta cobertura, se pagarán de acuerdo a la siguiente tabla de indemnizaciones:

Por la pérdida de:	% de la S.A. Contratada
a) Muerte accidental	100%
b) Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
c) Una mano y un pie	100%
d) Una mnos o un pie y la vista de un ojo	100%
e) Una mano	50%
f) Un pie	50%
g) Tres dedos	30%
h) La vista de un ojo	30%
i) Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
j) Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
k) El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
l) La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
m) El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
n) El pulgar de cualquier mano	15%
o) Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%
p) El índice de cualquier mano	10%
q) El dedo medio, el anular o el meñique	5%
r) Dedo de cualquier pie (ortejo)	5%

El pago de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento a causa del accidente se hará al Beneficiario o Beneficiarios designados en la póliza, y el pago correspondiente a indemnizaciones por pérdidas de miembros se hará al propio Asegurado.

Si ocurren dos o más pérdidas de las especificadas en la Tabla de Indemnizaciones, Allianz pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes, sin embargo esta cantidad en ningún caso excederá el 100% de la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Se entenderá como:

- **Pérdida de una Mano:** separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpometacarpiano (de la muñeca) o arriba de ella o su anquilosamiento total.
- **Pérdida de un Pie:** separación o anquilosamiento a nivel de la articulación tibiotarsiana (del tobillo) o arriba de ella o su anquilosamiento total.
- **Pérdida de los Dedos:** separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos, o su anquilosamiento total. Tratándose del

dedo pulgar, la pérdida aplicará desde una falange completa.

- **Pérdida de la Vista:** pérdida completa e irremediable de la vista.
- **Pérdida de Miembros:** separación de cualquiera de las partes citadas de un miembro, la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o la pérdida irreparable de la función; por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Edad de aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en los siguientes casos:

a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

b) En caso de haberse determinado y otorgado la invalidez total y permanente al Asegurado

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

En caso de reclamación de Muerte Accidental, los documentos requeridos serán los descritos en la cláusula 8.1 Indemnización por Muerte Accidental.

En caso de reclamación por Pérdidas Orgánicas, los documentos requeridos serán los siguientes:

PRESENTAR COPIA CERTIFICADA POR EL IMSS Y/O ISSSTE DE:

- Formato ST-3 o ST-4 de Dictamen de Invalidez emitido por el IMSS, o Formato de Invalidez del ISSSTE. (para invalidez o pérdidas orgánicas)
- Ultimas Radiografías En caso de siniestros especiales Allianz podrá solicitar información adicional que le permita determinar la procedencia del siniestro, de conformidad con lo establecido por el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

8.3. Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue este Beneficio, según lo señalado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del siniestro.

Beneficio:
Allianz pagará a (los) Beneficiario(s), o al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para este beneficio, si la muerte o la pérdida de miembros, ocurren durante la vigencia del certificado y se deban exclusivamente a lesiones provocadas por un Accidente, siempre y cuando la muerte o la pérdida de miembros ocurra dentro de los siguientes ciento ochenta días naturales a partir de la fecha del mismo.

No se considera Accidente la muerte o pérdida de miembros provocada intencionalmente por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado fallezca después de aplicar el cobro por Pérdida de miembros, se descontará de la Suma Asegurada de esta cobertura la cantidad que se hubiere pagado por Pérdida de miembros dentro del mismo lapso, a consecuencia del mismo Accidente.

Para iniciar la reclamación del siniestro se deberán presentar a Allianz pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado o la pérdida de miembros, así como toda la documentación requerida.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para nuevos Accidentes.

Las indemnizaciones de esta cobertura, se pagarán de acuerdo a la siguiente tabla de indemnizaciones:

Por la pérdida de:	% de la S.A. Contratada
a) Muerte accidental	100%
b) Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
c) Una mano y un pie	100%
d) Una mnos o un pie y la vista de un ojo	100%
e) Una mano	50%
f) Un pie	50%
g) Tres dedos	30%
h) La vista de un ojo	30%
i) Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
j) Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
k) El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
l) La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
m) El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
n) El pulgar de cualquier mano	15%
o) Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%
p) El índice de cualquier mano	10%
q) El dedo medio, el anular o el meñique	5%
r) Dedo de cualquier pie (ortejo)	5%

El pago de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento a causa del accidente se hará al Beneficiario o Beneficiarios designados en la póliza, y el pago correspondiente a indemnizaciones por pérdidas de miembros se hará al propio Asegurado.

Si ocurren dos o más pérdidas de las especificadas en la Tabla de Indemnizaciones, Allianz pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes, sin embargo esta cantidad en ningún caso excederá el 100% de la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Se entenderá como:

- **Pérdida de una Mano:** separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpometacarpiano (de la muñeca) o arriba de ella o su anquilosamiento total.
- **Pérdida de un Pie:** separación o anquilosamiento a nivel de la articulación tibiotarsiana (del tobillo) o arriba de ella o su anquilosamiento total.
- **Pérdida de los Dedos:** separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos, o su anquilosamiento total. Tratándose del dedo pulgar, la pérdida aplicará desde una falange completa.

- **Pérdida de la Vista:** pérdida completa e irremediable de la vista.
- **Pérdida de Miembros:** separación de cualquiera de las partes citadas de un miembro, la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o la pérdida irreparable de la función; por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva: Las indemnizaciones pagaderas por la cobertura de Muerte Accidental o Pérdida de Miembros, se duplicarán si las lesiones corporales del asegurado fueron sufridas en un accidente colectivo. Entendiéndose como tal, los accidentes que ocurran:

a) En un vehículo público en el cual viaje el asegurado como pasajero y sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transpo

b) En un ascensor que opere para servicio público en el cual viaje el asegurado como pasajero (con excepción de los ascensores en minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcción, grutas o similares), ó

c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encuentre el asegurado al manifestarse el incendio.

Edad de aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en los siguientes casos:

a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

b) En caso de haberse determinado y otorgado la invalidez total y permanente al Asegurado

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.
En caso de reclamación de siniestro por esta cobertura, los documentos requeridos serán los descritos en la cláusula 8.2 Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE ACCIDENTE

Las siguientes exclusiones aplicarán para todas las coberturas relacionadas con los beneficios de accidente:

- **Indemnización por Muerte Accidental**
- **Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de miembros**
- **Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Colectiva**

Será motivo de exclusión de las citadas Coberturas, si la muerte o pérdida de miembros del Asegurado según corresponda se produce a consecuencia de:

a) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

b) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.**

c) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.**

d) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**

e) **Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**

f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis,**

aviones de recreo, planeadores, helicópteros entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

g) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, deportivas, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

i) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

j) Envenenamiento, inhalación de gases o humo, que no hayan ocurrido en forma accidental.

k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico.

l) Padecimientos mentales o corporales.

m) Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

n) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

o) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.

p) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.

q) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas substancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El sólo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.

r) Complicaciones que se manifiesten 180 días después de ocurrido el Accidente.

s) Aborto cualquiera que sea la causa, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un Accidente.

t) La muerte originada por homicidio intencional o doloso cuando el asegurado sea sujeto activo del delito.

8.4. Indemnización por Invalidez Total y Permanente (BIPA)

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases se regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue la Cobertura de Invalidez descrita en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del dictamen o diagnóstico del estado de invalidez total y permanente. Dicha cobertura podrá ser otorgada con Periodo de Espera de tres o seis meses (BIPA 3 o BIPA 6).

Beneficio:
Allianz conviene en otorgar al Asegurado que quede invalidado total y permanentemente durante la vigencia del Certificado, el pago de la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Para efectos de este beneficio, se entenderá por Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o una enfermedad que lo imposibiliten de desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, deberá presentar a Allianz 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 que los mencionados institutos emitan dictamen parcial-definitivo, se requerirá que transcurra un periodo de espera de los 3 o 6 meses conforme a lo señalado en la carátula de la póliza, posteriormente se realizará una segunda valoración con un médico especialista en la materia para determinar si dicha invalidez imposibilita al asegurado de realizar su trabajo.

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, Allianz 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 nombrado por Allianz 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 éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

Si procede el estado de Invalidez Total y Permanente, Allianz cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista. De resultar improcedente, el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por el tercer médico independiente especialista en la materia (Tercera opinión médica), prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de Allianz.

Si el estado de invalidez generado por el accidente o enfermedad puede ser susceptible de corregirse o restaurarse, utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente

Los siguientes casos también se considerarán como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el período de espera mencionado para las coberturas de invalidez: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende

por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

Por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total e irreversible y por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Edad de aceptación:
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

8.5. Exención Vitalicia de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases se regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue la Cobertura de Exención Vitalicia de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente descrita en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del dictamen o diagnóstico del estado de invalidez total y permanente.

Beneficio:
Allianz conviene en eximir al Asegurado que quede invalidado total y permanentemente una vez que haya transcurrido el periodo de espera de tres meses a partir de la fecha en que sea dictaminado el estado de invalidez total y permanente, del pago de las primas por la cobertura de vida que correspondan al asegurado incapacitado y que venzan después de haber transcurrido el periodo de espera, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento de iniciar dicho estado. Allianz dará de baja al asegurado del Grupo Asegurado una vez que haya transcurrido el periodo de espera y emitirá una póliza vitalicia por fallecimiento, sin beneficios adicionales, por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse el Asegurado a fin de cumplir con su obligación.

Para efectos de este beneficio, se entenderá por Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente o una enfermedad que lo imposibiliten de desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se deberá presentar a Allianz 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, Allianz 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 Allianz 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.

Si procede el estado de Invalidez Total y Permanente, Allianz cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista. De resultar improcedente, el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista.

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 Allianz.

Si el estado de invalidez generado por el accidente o enfermedad puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente

Los siguientes casos también se considerarán como causa de Invalidez Total y Permanente, y no operará el período de espera mencionado para las coberturas de invalidez: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

Por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total e irreversible y por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Edad de aceptación
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ

Las siguientes exclusiones aplicarán para las coberturas de relacionadas con los beneficios de Invalidez:

- **Indemnización por Invalidez Total y Permanente para los diferentes periodos de espera.**
- **Exención Vitalicia de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.**

Será motivo de exclusión de las citadas Coberturas, si la Invalidez del Asegurado se produce a consecuencia de:

a) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**

b) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado.**

c) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo.**

d) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).**

e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre abordo de una aeronave privada, y en todos los**

tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultra ligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

i) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

j) Estados de Invalidez Parciales o Incapacidades Laborales que se hayan presentado en los últimos seis meses antes del alta del Certificado o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del certificado.

k) Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas.

l) Cualquier intento de Suicidio, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

m) Lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

n) Cualquier alteración psicológica.

o) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas substancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.

p) Envenenamiento, inhalación de gases o humo, que no hayan ocurrido en forma accidental

8.6. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases se regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue la Cobertura de Cáncer descrita en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del diagnóstico.

Beneficio:
Allianz pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en forma independiente a la cobertura básica contratada, si al Asegurado(a) Titular le es diagnosticado durante la vigencia de la póliza Cáncer de Mama o Cérvico - Uterino y 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 o Cérvico - Uterino y Próstata.

Comprobación médica del diagnóstico:
Se entenderá como Comprobación Médica del Cáncer de Mama o Cérvico - Uterino y Próstata 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 Allianz)
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el asegurado (formato proporcionado por Allianz).

Allianz podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del diagnóstico, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador de Allianz. En caso de que el médico dictaminador de Allianz 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 Allianz, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro. En caso de que el Asegurado(a) Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de Allianz.

Edad de aceptación
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO DE CANCER

a) No se pagará la Cobertura de Cáncer cuando se haya diagnosticado el Cáncer antes de la contratación de la póliza.

8.7. Graves Enfermedades

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases se regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue la Cobertura de Graves Enfermedades descrita en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento del diagnóstico.

Beneficio:
Allianz pagará la Suma Asegurada de esta cobertura en forma independiente a la cobertura básica contratada, en caso de que al Asegurado(a) Titular se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo con las definiciones que más adelante se establecen.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la ocurrencia (fecha de diagnóstico) de la Grave Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido noventa días naturales a partir de la contratación de dicha cobertura.

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

- Insuficiencia renal crónica (Sujeto a diálisis): Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o transplante renal.

- Infarto al Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardiaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:
  - Historia de dolor toráxico típico;
  - Cambios en el electrocardiograma, y
  - Elevación de las enzimas cardiacas.

- 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.

- Accidente Vascular Cerebral: Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con déficit neurológico permanente y que incluya:
  - Infarto del tejido cerebral;
  - Hemorragia de un vaso intracraneano, o
  - Embolización de fuente extracraneal.

Comprobación médica del evento:
Se entenderá como comprobación médica de las Graves Enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Edad de aceptación
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la Carátula de la Póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE GRAVES ENFERMEDADES:

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

a) **Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.**

b) **Adicciones al alcohol o drogas.**

c) **Enfermedades acompañadas por una infección VIH.**

d) **Tratamientos previos a un trasplante**

e) **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

f) **Enfermedades previamente 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 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.**

g) **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.**

h) **Procedimientos intraarteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo "sten" y similares.**

i) **Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "in situ" no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.**

j) **El caso de períodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.**

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

a) **Se hayan declarado previamente al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.**

b) **Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza.**

c) **Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.**

d) **Que mediante un expediente clínico demuestre la existencia previa al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.**

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.**

8.8. Intervención quirúrgica

Este beneficio operará solamente si en la Carátula de la Póliza se indica que está incluido.

Las siguientes bases se regirán para los Asegurados a quienes se les otorgue la Cobertura de Intervención quirúrgica descrita en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual y mientras se encuentre en vigor la póliza al momento de suscitarse el Evento Cubierto

Beneficio:
Allianz pagará la Suma Asegurada de esta cobertura en forma independiente a la cobertura básica contratada al Asegurado 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 Alfa y las Intervenciones Quirúrgicas Víta siempre y cuando se encuentren incluidos 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.

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

Se entenderá como Intervención Quirúrgica Víta aquellas que no cumplan con la definición señalada en las de Alfa, es decir, fuera de las cavidades.

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

En el caso de las siguientes intervenciones, aplicará un periodo de espera de 180 días, contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado:

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.

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

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

Allianz 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 de Allianz. En caso de que el médico dictaminador de Allianz no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de Allianz. La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.
Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado requiere más de una intervención quirúrgica sólo se pagará la indemnización correspondiente a una de ellas (la de suma asegurada mayor).

Esta cobertura solo se pagará una vez por Asegurado por vigencia.

Edad de aceptación
La edad mínima de aceptación del Asegurado Titular será de 15 años y la edad máxima de aceptación quedará descrita en la carátula de la póliza.

Cancelación Automática:
La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de Allianz, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.

Prima:
Allianz otorgará este beneficio con una prima adicional, el cual en caso de contratarse, el Beneficio estará incluido en la carátula de la póliza y la prima en el Registro de Asegurados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

a) Toda Intervención Quirúrgica relacionada con padecimientos previos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

b) Toda Intervención Quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos, entendiéndose por defecto congénito la alteración del estado de la salud, fisiológico 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.

c) Toda Intervención Quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.

d) Toda Intervención Quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de:

1. **Un accidente automovilístico que pueda ser plenamente comprobado con documentación oficial de aseguradoras o autoridades competentes en las que queden claramente consignadas las lesiones.**

2. **Un accidente de trabajo tipificado como tal por las autoridades en dicha materia y que su ocurrencia sea plenamente comprobable, así como las lesiones sufridas.**

e) Toda Intervención Quirúrgica relacionada con la presencia del virus VIH.

f) Toda Intervención Quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.

g) Toda Intervención Quirúrgica relacionada con problemas de sobrepeso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.

h) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “insitu” no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.

i) Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales, cualquiera que sea su causa.

j) Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud.

k) Toda Intervención Quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival.

l) Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:

1. **Práctica profesional de cualquier deporte.**
2. **Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado.**
3. **Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.**
4. **Intento de suicidio o autolesión.**
5. **Consumo de drogas de cualquier tipo (a excepción de que hayan sido prescritas por un médico) o bajo la influencia del alcohol.**
6. **Estados de depresión o enajenación mental.**

m) 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.

n) Todas las incisiones no en "cavidades" (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm., en padecimientos benignos.

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

a) Se hayan declarado previamente al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado,

b) Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza,

c) Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado,

d) Que mediante un expediente clínico demuestre la existencia previa al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.

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 Intervención Quirúrgica 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.

9. INDEMNIZACION

9.1. Solicitud de Información

En caso de siniestros especiales Allianz podrá solicitar cualquier información adicional que sea necesaria para el dictamen del siniestro, de conformidad con lo que establecen los Artículos 69 y 70 de la LSCS.

Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas

obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior."

9.2. Cláusula de revelación de comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Allianz el informe del porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o personal moral por su intervención en la celebración de este Contrato. Allianz proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

9.3. Pago de Suma Asegurada

El **Artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** estipula lo siguiente:

"Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.
Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa."

El **Artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** estipula lo siguiente:

"Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento."

Los últimos Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar la Suma Asegurada que corresponda.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, Allianz pagará la suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, Allianz, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado.

En uno y en otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

9.4. Carencia de restricciones

Una vez expedida la presente póliza, no estará sujeta a restricción alguna en cuanto a residencia, ocupación y viajes de los miembros del Grupo Asegurado.

9.5. Arbitraje

En caso de ser notificado de la improcedencia de su reclamación por parte de Allianz, el reclamante podrá optar por acudir ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo, para sujetarse a un arbitraje privado. Allianz acepta que si el reclamante opta por el arbitraje, se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento que para tal efecto se establezca.

El laudo que emita el Árbitro será vinculante para ambas partes, por lo tanto, Allianz y el reclamante, se conformarán con su contenido y se obligan a pasar por él, sin importar el resultado o conclusiones que presente. El laudo no podrá ser objetado o impugnado por las partes.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral.

Si el laudo concluye en que Allianz debe pagar el siniestro, la Aseguradora cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado el arbitraje. Si el laudo determina que el siniestro resulta improcedente, el reclamante cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la tramitación del arbitraje.

9.6. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco por parte del Contratante de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a Allianz, obliga al Contratante a reintegrar el pago a Allianz.

9.7. Moneda

Se conviene que todos los pagos a que esta Póliza se refiere serán realizados en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

9.8. Suicidio

En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua del contrato y del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, Allianz solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente a dicho Asegurado a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

9.9. Interés Moratorio

En caso de que Allianz, no obstante haber recibido los documentos completos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario(s), el interés que se establece en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio".

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas:

"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."

9.10. Privilegio de Conversión

De conformidad al **Artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo:**

"En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho,

la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida."

Los Asegurados que hubieren adquirido seguro individual tendrán derecho a formar nuevamente parte del Grupo Asegurado, siempre que presenten requisitos satisfactorios de asegurabilidad a juicio de Allianz y regresen al servicio activo del Contratante.

9.11. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán:

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos a que se refiere el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por:

a) La presentación de reclamaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

b) El inicio del procedimiento a que se refiere el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La suspensión de la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar, sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Allianz, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

"El plazo de que trata el artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización."

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 11 de diciembre de 2025, con el número CNSF-S0003-0344-2025/CONDUSEF-000215-15