

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, Seguros Banamex S.A de C.V., Grupo Financiero Banamex denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Muerte accidental. (cobertura básica)

Si a consecuencia de un accidente que se encuentre cubierto en esta póliza, sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere la muerte de éste, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura queda sujeta a los términos, condiciones y exclusiones de esta póliza.

Desempleo (Beneficio adicional)

Esta cobertura cuenta con dos beneficios adicionales:

- I. Desempleado Involuntario
- II. Desempleo por invalidez total temporal

Estos beneficios están sujetos a los términos, condiciones y exclusiones del presente contrato. En ambos casos la indemnización que en su caso otorgue la Compañía será mediante el pago de una renta mensual hasta por tres meses.

DEFINICIONES

Asegurado.

Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza y se encuentra amparado bajo el presente contrato.

Beneficiario.

Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de beneficiario, se le ha designado.

Accidente.

Para efectos de este Contrato se entenderá por accidente aquél acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza, y que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Siniestro.

Evento cuya realización origine el pago de una indemnización por parte de la Compañía bajo los términos de esta póliza.

CLÁUSULAS GENERALES

Primas.

La prima es la que se estipula en el Certificado de Seguro. La prima, o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas, aplicando las que se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La compañía tendrá derecho a cobrar el recargo anual por póliza que se encuentre registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Vencimiento. Período de gracia.

La prima vence al momento de la celebración del contrato.

El Asegurado gozará de un período de espera de treinta días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la suma asegurada debida al beneficiario.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho período en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

Contenido de la póliza.

(Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario

autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Modificaciones y Notificaciones.

Cualquier modificación a esta póliza se hará mediante los endosos o cláusulas adicionales que para el efecto se expidan.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

Plazo del Seguro.

El plazo del presente contrato será por períodos de un año siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de "Cancelación".

Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del 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 solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

Comisión o Compensación Directa.

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución 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.

Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. 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 la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago

Edad.

Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta póliza. La edad máxima de contratación y renovación de para pertenecer a este plan es de 64 años. La póliza se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza en que el asegurado tenga 70 años cumplidos. La presente póliza no ampara contra riesgo de muerte a personas menores de doce años.

Entrega de póliza

La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguros
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice par el efecto
- 3.- Vía electrónica

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 5328 1066 en el D.F., o al 01 800 9002880 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la pagina de Internet www.banamex.com, obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá

comunicarse a los teléfonos 5328 1066 en el D.F., o al 01 800 9002880 para el resto de la República.

Beneficiarios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que éste contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrado, quedando liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios haciendo una designación irrevocable, y lo notifique al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya designado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiario designado el importe del seguro se pagará a la Sucesión Legal del Asegurado, la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Indemnización por mora.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Cancelación.

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática.

- Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

3. Si el asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que la totalidad de las sumas aseguradas del beneficio de "Muerte Accidental" en conjunto, rebasen la cantidad de 1 millón y medio de pesos, la Compañía dará por terminados uno o más de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas sumas aseguradas del beneficio de "Muerte Accidental" en conjunto no rebasen la cantidad de 1 millón y medio de pesos. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

Comprobación del Siniestro.

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Pago del seguro.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La Compañía pagará las indemnizaciones por fallecimiento a los Beneficiarios designados, previa la comprobación

de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el artículo 44 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la suma asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

Pruebas.

Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite la Compañía relativas a la realización del siniestro.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Compañía practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del evento, ya sea el Asegurado o cualquier otro de los Beneficiarios quien haya incurrido en las conductas descritas.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (BASICA)

Este contrato no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- a) **Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, rebelión o insurrección, conflicto o movimiento social armado.**
- b) **La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el asegurado, o riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador.**

2. Accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:

- c) **Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- d) **Conducción de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares.**
- e) **Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**
- f) **Aviación privada.**

3. Los siguientes eventos:

- g) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, incluyendo suicidio sin importar el estado físico o mental del Asegurado.**
- h) **La muerte del asegurado cuando resulte de la participación**

directa de éste en actos delictivos de carácter intencional.

- i) Accidentes que se originen debido a que el Asegurado estaba bajo los efectos de algún enervante, estimulante, o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- j) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo la influencia del alcohol.**
- k) Envenenamiento, de cualquier origen o naturaleza, que no haya ocurrido en forma accidental.**
- l) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- m) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- n) Enfermedad corporal o mental.**
- o) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el Accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
- p) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.**
- q) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.**

BENEFICIOS ADICIONALES

Coberturas.

El Asegurado podrá contratar la cobertura de desempleo y de acuerdo con la situación en la que se encuentre al momento de presentarse la situación de desempleo, quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades según corresponda:

I. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Elegibilidad

Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que tengan un vínculo de trabajo formal y reciben un salario de un patrón inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes, por lo menos seis (6) meses interrumpidos inmediatos anteriores a la fecha en que se presente la situación de desempleo, y a quienes asegure el pago de la renta mensual contratada, si es que ocurre que sea despedido involuntariamente de su empleo.

Indemnización.

Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en la cláusula de Definiciones de esta cobertura, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Desempleo especificado también en la cláusula de Definiciones de esta cobertura, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario la indemnización mensual que se describe en la carátula de la póliza hasta por 3 o 6 meses de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

II. DESEMPLEO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O

ENFERMEDAD

Elegibilidad.

Solo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad (de acuerdo a lo que se especifique en la carátula de la Póliza) los autoempleados o que guardan una relación informal con cooperativas familiares o de amigos por lo menos seis (6) meses interrumpidos inmediatos anteriores a la fecha en que se presente la situación de desempleo por invalidez total temporal, y a los que esta cobertura asegura el pago de la renta mensual contratada si es que ocurre que se invalide de manera total temporal.

Indemnización.

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario la indemnización mensual que se describe en la carátula de la póliza hasta por 3 o 6 meses de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la indemnización mensual contratada, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

El primer pago se realizará a los treinta días de estar desempleado, y se continuará en tanto el Asegurado esté con vida y desempleado pero como máximo hasta 3 o 6 meses, según se haya contratado.

Definiciones.

1. **Accidente Cubierto**
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
2. **Desempleo Involuntario**
Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso.
3. **Enfermedad cubierta**
Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales.
4. **Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad**
Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes.
5. **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes**
 1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza

Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico. (no existe suscripción en este producto).
Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.
5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

6. Periodo de Eliminación de Desempleo

Se define como el periodo de treinta (30) días posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la Póliza. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo hasta agotar el beneficio estipulado en la carátula de la Póliza.

7. Periodo de Espera de Desempleo Involuntario

Se define como el periodo de treinta (30) días posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la Póliza; este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del Seguro que no sea renovación inmediata y continua de un Seguro anterior.

Exclusiones.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

B) DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO QUE SE INICIE DENTRO DE LOS PRIMEROS DÍAS DEL PERIODO DE ESPERA ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DEBERÁ CUMPLIRSE CADA VEZ QUE SE INGRESE AL SEGURO, ENTENDIÉNDOSE COMO INGRESO LA

CONTRATACIÓN DEL SEGURO QUE NO SEA RENOVACIÓN INMEDIATA Y CONTINUA DE UN SEGURO ANTERIOR.

- C) JUBILACIÓN, PENSIÓN O RETIRO ANTICIPADO DEL ASEGURADO.**
- D) RENUNCIA O PÉRDIDA VOLUNTARIA DEL TRABAJO DEL ASEGURADO.**
- E) PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERA DESEMPLEO INVOLUNTARIO, LA SUSPENSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO (LO QUE ÉSTA DURE), ORIGINADAS POR PAROS, DISPUTAS LABORALES O HUELGAS.**
- F) CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO INFORMADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ALGÚN PROGRAMA POR PARTE DE SU EMPLEADOR PARA REDUCIR LA PLANTILLA LABORAL O INICIAR DESPIDOS QUE DE MANERA ESPECÍFICA O GENERAL INCLUYAN EL ÁREA DE TRABAJO DEL ASEGURADO.**
- G) PÉRDIDA DE EMPLEO DEL ASEGURADO, NOTIFICADA POR EL EMPLEADOR PREVIO A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- H) TERMINACIÓN DE UN CONTRATO DE TRABAJO, DE OBRA O TIEMPO DETERMINADO DEL ASEGURADO.**
- I) LA RESCISIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRÓN POR ALGUNO DE LOS SUPUESTOS A LOS QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 47 Y SUS FRACCIONES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.**
- J) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE SEAN TRABAJADORES, COMERCIANTES O PROFESIONISTAS QUE LABOREN EN FORMA INDEPENDIENTE Y ESTÉN PERCIBIENDO UN INGRESO (AUTOEMPLEADOS).**

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON

RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.**
- B) ACCIDENTES POR PARTICIPAR EN: SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- C) SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES COMO:
 - a. AVIACIÓN PRIVADA CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, CON EXCEPCIÓN DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS CON ITINERARIOS FIJOS Y RUTAS ESTABLECIDAS.**
 - b. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
 - c. CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILAR ACUÁTICOS Y TERRESTRES EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
 - d. PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.****
- D) SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- E) LAS AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.**
- F) TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

- G) LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUEREN PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- H) TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NERVIOSA, NEUROSIS Y PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.**
- I) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**
- J) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE ESTÉN EMPLEADAS DE TIEMPO COMPLETO Y TRABAJEN BAJO UN CONTRATO POR TIEMPO INDEFINIDO PARA UNA EMPRESA QUE CUENTE CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.**

SERVICIO DE ASISTENCIA MEDI ACCESS

Descripción del servicio

La Aseguradora otorgará al asegurado como valor agregado a esta póliza, el servicio de Asistencia Medic Access, conforme a lo establecido en el presente documento. Dicho servicio se proporciona a través de contratista independiente a Seguros Banamex, S. A. de C. V.; cualquier aspecto no contemplado específicamente y explícitamente en este servicio, no se considera responsabilidad de la compañía y por tal motivo no estará cubierto, quedando "La Compañía" liberada de cualquier obligación y/o responsabilidad derivada del servicio prestado.

Quiénes tienen derecho

- **Titular:** Asegurado de la póliza de accidentes personales

- **Familiares directos:** Cónyuge concubina, ascendientes e hijos menores de 21 años que vivan en el mismo domicilio.

Servicio de asistencia

El titular de la póliza y sus familiares directos gozarán por parte de la empresa "MEDI ACCESS", de los siguientes servicios:

- Asistencia Médica Telefónica 24 horas los 365 días del año
 - Cobertura nacional a través de un número local para el Distrito Federal y de un 01 800 para el interior del país.
 - Atención con médicos certificados y capacitados
 - Sin límite de uso / sin preexistencias / sin límite de edad
- Servicio de médico a domicilio durante las 24 los 365 días del año en caso de urgencias – Servicio con precio preferencial de \$350.00 (Trescientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) por consulta más el impuesto al valor agregado, incluye primera toma de medicamentos para el control de sintomatología básica y entregados por el médico tratante en el domicilio del asegurado. Este precio se incrementará de acuerdo a los valores inflacionarios que sean emitidos anualmente por el Banco de México y se pactará por escrito entre las partes. El asegurado tendrá derecho a un descuento del 99.99% del valor del servicio antes mencionado, una vez por año durante la vigencia de la póliza. Este servicio estará sujeto a disponibilidad **y cobertura médica (313 Ciudades del País).**
- Coordinación de emergencias médicas – Asesoría para primeros auxilios y envío de ambulancia en caso de emergencia médica a precios preferenciales. El asegurado tendrá derecho a un descuento del 99.99% del valor del servicio de **envío de ambulancia**, una vez por año, en caso de urgencia real, durante la vigencia de la póliza correspondiente. La póliza colectiva tendrá una vigencia anual renovable y los certificados individuales tendrán vigencia variable.
- Transmisión de mensajes urgentes en caso de emergencias medicas que el cliente tenga, hacia sus familiares directos o persona de contacto.
- Coordinación de segunda opinión médica. La Coordinación es gratuita, los honorarios del médico

estarán a cargo del asegurado a precios preferenciales.

- Referencia de médicos especialistas a precio preferencial – Consultas desde \$150.00 (Ciento cincuenta pesos 00/100 M.N.) con médicos especialistas y de alto prestigio de todo el país (se anexa tabulador). Para ser uso de este servicio, deberá comunicarse a al teléfono 9150-2943 para el Distrito Federal y del teléfono 01800-022-2954 para el interior del país. Este precio se incrementará de acuerdo a los valores inflacionarios que sean emitidos anualmente por el Banco de México y se pactará por escrito entre las partes
- Red de descuentos a nivel nacional – Descuentos de un 5% a un 50% con Laboratorios, Ópticas, servicios de Enfermeras, Ambulancias, Ortopedia, etc. Para ser uso de este servicio, deberá comunicarse a al teléfono 1085 0322 para el Distrito Federal y del teléfono 01800 088 2272 para el interior del país.

La atención médica vía telefónica será proporcionada por "MEDI ACCESS" a los "asegurados", las 24 horas del día, los 365 días del año. En el resto de los servicios listados anteriormente, "MEDI ACCESS" se limitará a fungir como enlace entre los "asegurados" y proveedores.

- **La Cobertura es Nacional en 313 Ciudades del País**

Exclusiones del servicio:

Queda excluido el servicio para los siguientes padecimientos:

- a. Fármaco dependencia (salvo que sea bajo prescripción médica)**
- b. Intoxicación etílica**
- c. Lesiones auto inflingidas o producto de riña provocada por el Titular o familiares directos.**
- d. Lesiones o padecimientos del Titular o familiares directos que deriven o se relacione con la comisión de un delito intencional cometido por estos o que dicho delito intencional diere lugar a la comisión de un delito doloso.**

Todos los servicios y descuentos otorgados por los proveedores de la red Medi Access estarán sujetos a disponibilidad y cobertura en la plaza que se requieran.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0050-0895-2009 de fecha 21 de diciembre de 2009.