

## CONDICIONES GENERALES

### COBERTURA

#### DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INVALIDEZ TEMPORAL TOTAL

Esta cobertura está orientada a los universos poblacionales siguientes y el Asegurado quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades, según corresponda:

#### DESEMPLEO INVOLUNTARIO

**Elegibilidad:** Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que antes de la fecha de inicio del desempleo tengan un vínculo de trabajo formal mediante un empleo de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes en territorio nacional y que su antigüedad en dicho empleo sea de al menos 3 meses al momento de reclamar este seguro.

**Indemnización:** Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en la carátula o certificado de la Póliza, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Espera de Desempleo especificado en la carátula o certificado de la Póliza, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos posteriores a la primera indemnización que sean menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

#### PERDIDA DE INGRESOS 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 o certificado de la Póliza) las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente (autoempleados) y estén percibiendo un ingreso en territorio nacional, o que guarden una relación informal con cooperativas familiares o de amigos.

**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 los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal por una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal, por una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

En los casos de Invalidez Total Temporal por Enfermedad y/o accidente el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca así por un periodo que exceda el Periodo de Espera de Invalidez Total Temporal por Enfermedad que es de 30 días.

El Asegurado que desarrolle simultáneamente actividades de empleado de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la modalidad de desempleo involuntario.

### DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La cobertura básica de este seguro estará ligada al pago de las colegiaturas del cuatrimestre o semestre o año de la Universidad y cubrirá como máximo el número de pagos que se especifique en la carátula de la Póliza.

En caso de que el estudiante haya finalizado sus estudios en la Universidad y no se haya agotado el número máximo de pagos estipulados en la carátula de la Póliza, la Aseguradora dejará de realizar dichos pagos independientemente de que el Asegurado haya o no recuperado su empleo, ya que el interés asegurable desaparece con el término de los estudios del estudiante en la Universidad.

Si el cuatrimestre semestre o año terminan y no se ha agotado el número máximo de pagos estipulados en la carátula de la Póliza, la Aseguradora seguirá realizando dichos pagos al inicio del siguiente cuatrimestre o semestre, sin aplicar Periodo de Espera, siempre y cuando el estudiante esté reinscrito siga el pagador de la prima desempleado o incapacitado hasta el monto máximo de pagos estipulados considerando los 2 periodos.

## **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 DEL PERIODO DE ESPERA ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO 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.PARTICIPAR EN PAROS O DISPUTAS LABORALES,**

**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, RIÑAS, 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:**

**1.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,**

**2.PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO,**

**3.CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILAR ACUÁTICOS Y TERRESTRES EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO,**

**4.ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GOKARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO,**

**5.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 ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, (EXCEPTO SI FUERON 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.**

**Además de las indicadas en este Acuerdo de Seguro, se incluyen las siguientes Exclusiones, pero sin estar limitadas a:**

- 1.Reclamos o gastos en que se incurra con anterioridad a la fecha de inicio de Vigencia de este Acuerdo de Seguros;**
- 2.Reclamos sujetos a toda exclusión incluida en una póliza objeto de este Acuerdo de Seaseguro;**
- 3.Reclamos, cargos o gastos en exceso de los límites de la póliza;**
- 4.La parte de cualquier reclamo o gasto que es pagado o reembolsado por un programa de seguro social o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno;**
- 5.Reclamo o gasto que sea el resultado de o que esté relacionado con cobertura de obligaciones extracontractuales;**
- 6.Reclamos o gastos que emanen de cualquier fondo de insolvencia o de cualquier otro sistema similar que disponga el pago de las obligaciones de cualquier Asegurador insolvente. Esta exclusión no regirá con respecto a reclamos o gastos amparados por este acuerdo de Seguro.**

## **DEFINICIONES**

Para todos los efectos de esta Póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

### **1. Accidente cubierto**

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.

### **2. Persona Asegurada**

Es el Padre o Tutor Pagador o Estudiante Pagador que contractualmente es responsable del pago y que ha pagado la totalidad de los costos de inscripción o matrícula y que hace

los pagos mensuales de colegiatura. Es la persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma.

### **3. Aseguradora**

Se refiere a Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero

### **4. Beneficiario**

Es la persona física o moral que recibe el pago, el cual viene especificado en la carátula o certificado de la Póliza; el Beneficiario puede ser el Asegurado mismo o el Contratante.

### **5. Contratante**

Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima.

### **6. Desempleo Involuntario**

Significa la Pérdida involuntaria del empleo de la Persona Asegurada como consecuencia de despido por parte del empleador, por alguna causa que no se encuentre específicamente excluida en este acuerdo de seguro. Esta cobertura opera solamente para trabajadores dependientes de un contrato de trabajo a término indefinido, sujeto a los términos y condiciones de la póliza original de la Aseguradora.

En caso de comprobarse el Desempleo, se reembolsará a la Persona Asegurada o al contratante el monto de la mensualidad pagada como colegiatura, limitada al máximo valor establecido en el Plan y hasta un máximo de 4,6 o 10 meses, según sea el caso. 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.

### **7. 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.

### **8. Grupo Asegurado**

Se define como Grupo Asegurado al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

### **9. 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 ha-

bitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes y siempre y cuando sea necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito y siempre y cuando le impida al Asegurado trabajar por completo y por consiguiente le impida pagar los costos de colegiatura. La lesión o enfermedad que generen la invalidez, deben ser certificadas por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, sujeto a los términos y condiciones de la póliza de la Aseguradora

En caso de comprobarse la Invalidez Total Temporal, se reembolsará a la Persona Asegurada o al contratante el monto de mensualidad pagada como colegiatura limitada al máximo valor establecido en el Plan y hasta un máximo de 4, 6 o 10 meses, según sea el caso.

### **10. Padecimientos preexistentes**

Significa cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada Asegurado:

- a) Fue de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido: o
- b) Fue aparente a la vista; o
- c) Fue diagnosticado previamente por un médico.

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.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía 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.

De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

#### **11. Periodo de Espera:**

Se define como período de 30 (treinta) días posterior inmediato al inicio del Desempleo o el accidente o la enfermedad que cause la Invalidez Total Temporal del Asegurado para que comience el beneficio estipulado en la cártula de la póliza y/o certificado individual.

#### **12. Plazo de reinstalación de la indemnización**

Para el pago de un segundo evento durante la vigencia de 1 año, será necesario que el asegurado cuente con un contrato de trabajo de tiempo indeterminado.

#### **13. Póliza**

Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, carátula o certificado, certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora, así como la solicitud de seguro y cuestionarios, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y la Aseguradora.

#### **14. Territorio Nacional**

Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

#### **MONEDA**

Tanto el pago de la prima como de las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en Moneda Nacional en los términos de la ley monetaria vigente en la fecha de pago.

#### **EDAD DEL ASEGURADO**

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años como máximo, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando la Aseguradora compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora,

pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la 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 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 hubiere 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 Aseguradora estará obligada a rembolsar 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; y Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

#### **PLAZO DE COBERTURA**

Cuatrimestral, semestral o anual, con inicio de vigencia del inicio de clases del ciclo y fin de vigencia el inicio de clases del ciclo siguiente.

#### **ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA**

**Registro de Asegurados:** El Asegurado debe reportar al inicio de la póliza, la lista de Personas Aseguradas cubiertas por el programa según la distribución por plan seleccionado por cada Persona Asegurada y al finalizar cada trimestre se harán los ajustes correspondientes de altas y bajas.

1. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de la persona que paga la colegiatura;
2. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
3. Número de Certificado individual;
4. Prima del periodo;
5. Tipo de programa en el que está el estudiante (cuatrimestral, semestral o anual) y
6. Nombre del alumno y matrícula

Las personas que ingresen al Grupo 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 de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo 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.

**Fecha de Vigencia:** La fecha de inicio de cobertura será el día de inicio de clases, no el día que pagan la matrícula o inscripción y finaliza el primer día de clases del siguiente periodo; si el asegurado continúa desempleado / incapacitado al iniciar el siguiente periodo de clases el pago de su cobertura por Desempleo / Incapacidad continuará hasta completar un máximo de 4, 6 o 10 meses, según sea el caso, contando el cuatrimestre, semestre o año inmediato anterior.

En el pago de la reclamación puede incluirse la inscripción pudiendo coincidir un pago doble el primer mes si fuese el caso, pero éste contará como dos meses de pago de los posibles cobros de reclamos máximo mensual a la póliza y el monto total de indemnización no podrá exceder la suma asegurada máxima establecida en cada plan.

**Altas:** cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente (si aplica).

**Bajas:** se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación.

**Renovación:** este seguro será renovado por periodos iguales y bajo las mismas condiciones en las que fue contratado al momento del pago de la nueva prima en la inscripción al siguiente ciclo.

**Obligaciones del Contratante:** El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha de los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

**Cancelación del seguro:** A petición del Contratante: El seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora; 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. En caso de haberse pactado el pago de la prima en una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

**Cancelación Automática:** Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho plazo.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

### Aviso:

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los veinticinco (25) días siguientes a su realización.

El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67\* de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

### Pruebas:

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculi-

zación por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

#### **Comprobación del Desempleo Involuntario:**

En las denuncias de Desempleo Involuntario, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

1. Copia de finiquito y/o liquidación.
2. Copia del contrato individual de trabajo de la empresa en que laboraba y/o carta patronal, así como las fechas de ingreso y salida de la empresa y tipo de contrato.
3. Copia de identificación oficial del asegurado (IFE, pasaporte o cedula profesional)
4. Copia de los 3 últimos recibos de nómina.
5. Copia de la póliza y/o certificado. (en caso de requerirlo).
6. Ticket de inscripción del periodo en curso con referencia bancaria
7. Comprobante de domicilio.
8. Para el reclamo del segundo pago y los subsecuentes, será necesario entregar copia de la baja actualizada del IMSS o ISSSTE o reporte de semanas cotizadas o carta de no inscripción a la institución de salud a la cual estaba inscrito para comprobar la continuidad del desempleo.
9. Formato de reclamación.

#### **Comprobación de la Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad:**

En las denuncias de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

1. Informe médico de la primera atención recibida.
2. Historia clínica del evento que provocó la Incapacidad.
3. Copia de las incapacidades médicas completamente legibles expedidas por la Institución pública que lo atiende o mencionar en el informe médico el periodo de incapacidad.
4. Copia de la interpretación médica de los estudios realizados.
5. Copia de su identificación oficial.
6. Ticket de inscripción del periodo en curso con referencia bancaria
7. Copia del certificado y/o póliza. (en caso de requerirlo).
8. En caso de accidente, es necesario presentar actuaciones ministeriales e informe de las partes que intervinieron en el evento (si es el caso).
9. Comprobante de domicilio.
10. Formato de reclamación.

#### **Pagos:**

El primer pago de la indemnización que proceda se realizará al cumplirse los Periodos de Espera y/o de Carencia que correspondan. Los subsecuentes se pagarán de acuerdo a la periodicidad estipulada en el certificado de la Póliza de manera vencida.

**Deducciones:** Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización reclamada.

#### **VIGENCIA DEL CONTRATO**

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

#### **MODIFICACIONES AL CONTRATO**

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito y con el acuerdo de las partes.

#### **OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES**

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

**Artículo 36-E.** - La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

I.- Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;

II.- Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y

III.- Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate. El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**\*Artículo 66.** - 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.

**Artículo 67.-** Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

## **TÉRMINOS Y CONDICIONES PARTICULARES**

### **Aseguradora:**

Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero

### **Asegurado Original:**

Universidad del Valle de México (UVM)

### **Período de Cobertura:**

Este acuerdo de Seguro tendrá una Vigencia de doce (12) meses, efectivo a partir de la fecha de aceptación.

### **Cobertura, Límites y Prima:**

1. Desempleo: se reembolsaran a la Persona Asegurada los valores indicados en la tabla de indemnización, en caso de pérdida involuntaria de empleo de la Persona Asegurada siempre que esta persona trabaje bajo un Contrato de empleo a tiempo indefinido sujeto a los términos y condiciones de la póliza original del reasegurado.

2. Invalidez Total temporal: se reembolsaran a la Persona Asegurada los valores indicados en la tabla de indemnización, en caso de Invalidez Total Temporal de la Persona Asegurada siempre que esta persona trabaje de forma independiente sin un Contrato de empleo, sujeto a los términos y condiciones de la póliza original del reasegurado.

Las primas no incluyen IVA

### **Territorialidad:**

Para Padres, Tutores pagadores o Estudiantes de la Universidad residentes legales de México.