



CONDICIONES GENERALES Y
PARTICULARES

**Seguro de Vida Grupo para
Deudores Diversos a Prima Única del
Instituto FONACOT**

insignialife.com

01 800 00 55555 / (55) 3088 3640

CONTENIDO

Objeto	1
Condiciones generales	1
1. Contrato.....	1
2. Inicio y término de vigencia.....	1
3. Periodo del seguro	1
4. Moneda	1
5. Prima.....	1
6. Contribución de los Asegurados	2
7. Rehabilitación.....	2
8. Procedimiento en caso de siniestro	2
9. Aviso de siniestro	4
10. Lugar y pago de la indemnización	4
11. Pagos improcedentes	4
12. Beneficiario.....	4
13. Interés moratorio	4
14. Extinción de las obligaciones de la compañía.....	4
15. Cambio de Contratante.....	5
16. Omisiones o declaraciones inexactas.....	5
17. Prescripción.....	5
18. Carencia de restricciones	5
19. Comunicaciones	6
20. Comisiones.....	6
21. Competencia	6
22. Arbitraje.....	7
23. Modificaciones.....	7
24. Indisputabilidad.....	7
25. Consideración fiscal.....	7
26. Entrega de póliza.....	8
27. Medios de identificación	8
28. Información para operaciones	9
29. Confidencialidad de la Información	9
30. Información de los asegurados.....	9
31. Preceptos legales	9
Condiciones particulares.....	10
1. Características del producto	10
2. Suma asegurada	10
3. Registro de asegurados.....	10
4. Administración.....	10
4.1 Altas	11
4.2 Bajas	11
5. Información sobre el seguro	11
6. Pago del seguro	11
7. Edades de aceptación	11
8. Edad.....	11
Detalle de la cobertura.....	13
1. Beneficio por fallecimiento.....	13
2. Beneficio por invalidez o incapacidad total y permanente.....	13
3. Beneficio por pérdida de empleo por cualquier causa.....	15
4. Beneficio de ayuda por pérdida de empleo por cualquier causa.....	15
Glosario	17

OBJETO

De conformidad con las condiciones generales y particulares de esta Póliza, el objeto de este seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante que el Asegurado tenga a su cargo en el momento de ocurrir el evento indemnizable.

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

Forman parte de este Contrato, la solicitud, estas condiciones generales, la carátula de la Póliza, los endosos que se adicionen, el consentimiento/certificado y el registro de Asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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. Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA

La vigencia de esta Póliza inicia en la fecha y hora indicadas en la carátula de la misma y permanecerá vigente en tanto existan certificados en vigor.

El plazo de incorporación de nuevos Asegurados a la Póliza será de un año a partir del inicio de vigencia y podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes.

3. PERIODO DEL SEGURO

Las partes convienen en que el periodo de seguro contratado coincidirá siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que será determinado considerando la fecha de ejercicio del crédito, más el plazo del mismo, más tres meses de periodo de gracia.

4. MONEDA

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, serán liquidadas en Moneda Nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

5. PRIMA

La prima total corresponderá a la suma de primas de los integrantes del grupo asegurado.

El Contratante pagará a la Compañía la prima de forma anticipada por todo el periodo de cobertura, sin embargo, los Asegurados pagarán al Contratante su prima correspondiente en parcialidades.

La prima única correspondiente a cada crédito se determinará aplicando la cuota mensual establecida en la carátula de la Póliza por el capital inicial que corresponde al importe del crédito ejercido, al cual se le suma la comisión de apertura con el IVA correspondiente más los intereses del periodo de gracia incluyendo su IVA, por el plazo de crédito más tres meses por el periodo de gracia. En cada renovación se aplicarán las primas

de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

La Compañía se obliga a efectuar la devolución de las primas no devengadas a solicitud del Contratante, cuando los créditos sean liquidados anticipadamente.

La obligación de efectuar el pago de primas será del Contratante y ésta vencerá mensualmente en el día estipulado en la carátula de la Póliza, de acuerdo a las altas del mes correspondiente. El Contratante dispondrá de un término de 30 (treinta) días contados a partir de su vencimiento para efectuar el pago de la prima mensual correspondiente.

En caso de incumplimiento de pago de primas, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el Contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Compañía contra la entrega del recibo correspondiente.

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 vencimiento (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

6. CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS

Los miembros del grupo asegurado podrán contribuir al pago de la prima, siendo responsabilidad del Contratante liquidarla oportunamente a la Compañía para que los Asegurados estén cubiertos en la Póliza.

7. REHABILITACIÓN

Cuando los efectos de este Contrato hubieren cesado por voluntad expresa del Asegurado o cancelado por falta de pago, podrán ser rehabilitados en cualquier momento, de acuerdo a las políticas vigentes al momento de solicitar la rehabilitación y justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a juicio de la Compañía.

No obstante lo dispuesto en la cláusula prima, el Contratante podrá dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del plazo señalado en dicha cláusula para el pago de la prima, pagar ésta; en este caso y si el grupo asegurado sigue cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitaran a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho a exigir al Asegurado o

Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

El Contratante presentará mensualmente las reclamaciones a la Compañía, con la siguiente información:

Beneficio por fallecimiento.

- Original o copia certificada del Acta de defunción
- Layout del sistema administrador (archivo e información).

Beneficio por invalidez o incapacidad total y permanente.

- Original (basta con el sello de la Institución de Seguridad Social) o copia certificada del dictamen de invalidez o incapacidad expedida por la institución de seguridad social a la que esté adscrito el Centro de Trabajo del trabajador acreditado y Asegurado, que para su ejemplo de manera enunciativa y no limitativa pueden ser los formatos ST4 o ST3 o su equivalente.
- Original o copia de estudios provistos por el trabajador que avalen la invalidez.
- Layout de reclamos del sistema administrador (archivo de información).

Beneficio por pérdida de empleo por cualquier causa.

- Layout de reclamos del sistema administrador (archivo de información).

Beneficio de ayuda por pérdida de empleo por cualquier causa.

- Constancia de baja del trabajador Asegurado del sistema de seguridad social o carta del centro de trabajo donde conste la pérdida del empleo del acreditado que no se originó por actos fraudulentos o rescisión en términos del artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- Estado de cuenta no mayor a tres meses a nombre del trabajador acreditado en el que aparezca la cuenta CLABE.
- Identificación oficial vigente.
- Comprobante de domicilio.

Para determinar las personas registradas en el ProceSAR con cuotas pagadas de la seguridad social, el Instituto FONACOT revisará mes a mes el registro de trabajadores con pago de seguridad social patronal de su centro de trabajo y realizará emisiones de cédulas de cobranza una vez al mes, entre los días 17 y 23 de cada mes, a fin de confirmar si los trabajadores Asegurados están o no empleados y que son cuotas mensuales susceptibles a recuperarse del seguro provisto que no se encuentren en alguna de las exclusiones.

El archivo de información o layout de reclamos del sistema administrador, contendrá lo siguiente:

- RFC del trabajador Asegurado.
- Fecha de expedición del crédito.
- Identificador del crédito.
- Fecha de ocurrencia del siniestro.
- Causa del siniestro.
- Suma asegurada total por el beneficio.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a requerir información adicional al Instituto FONACOT o a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

9. AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario tenga conocimiento de la realización del siniestro, que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificado a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro.

10. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará en sus oficinas cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de esta Póliza.

11. PAGOS IMPROCEDENTES

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

12. BENEFICIARIO

Para las coberturas de fallecimiento, invalidez o incapacidad total y permanente y pérdida de empleo por cualquier causa, el Contratante es el Beneficiario único e irrevocable, en virtud de que el objeto del seguro es garantizar el pago del saldo insoluto de un crédito concedido por el Contratante, que el Asegurado tenga a su cargo al ocurrir el riesgo amparado por la Póliza.

Para la cobertura de apoyo por pérdida de empleo por cualquier causa, el Beneficiario es el propio Asegurado.

El Asegurado o sus causahabientes al presentarse cualquier evento amparado por alguna cobertura bajo la cual el Asegurado este cubierto, y siempre que ésta se encuentre indicada en la carátula de la póliza y/o Certificado individual, tendrá derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante el importe del saldo insoluto que le adeude el Asegurado.

13. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no obstante haber recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, quedara obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o Tercero Dañado, un interés de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

14. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

Las obligaciones de la Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante, por las causas señaladas en la cláusula de prima.

Respecto de cada Asegurado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato:

- Al extinguirse la obligación a su cargo por el adeudo, remisión, compensación, novación u otra causa legal.

- Por cesión del crédito o la deuda.
- Por vencimiento anticipado del crédito.

15. CAMBIO DE CONTRATANTE

Con apego a lo establecido en el artículo 20 del Reglamento, se establece que cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminaran 30 días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este Contrato, apegándose a lo previsto en el artículo 7 del Reglamento.

16. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y/o Asegurado o el representante de éstos está obligado a declarar por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, 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 celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el artículo 47 con relación a los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

17. PRESCRIPCIÓN

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

- a) En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento y
- b) 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 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 aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

18. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, genero de vida y de la ocupación del Asegurado, o por los viajes que éste haga.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con 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 disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) 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(los)

Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) 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, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía 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.

19. COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación de cualquiera de las partes relacionada con este Contrato, deberá enviarse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante, Asegurado o a sus causahabientes.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

La Compañía se obliga a notificar al acreditado Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estos se encuentren en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante como Beneficiario del seguro el importe de saldo insoluto. El acreditado Asegurado o sus Beneficiarios deberán proporcionar a la Compañía su domicilio para que ésta les notifique, en caso de actualizarse cualquiera de los supuestos antes mencionados

20. COMISIONES

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

21. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., o en la

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la cláusula de arbitraje de las condiciones generales de la Póliza.

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.

22. ARBITRAJE

En caso de ser notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculativo para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

23. MODIFICACIONES

En términos del artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier cambio o modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes.

El agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones al Contrato de seguro.

Las modificaciones o cambios que se realicen al presente Contrato y que se constaten por escrito, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los Artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

24. INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable desde el momento en que cumpla un año, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado o la de su última rehabilitación y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo, que sirvió de base para su celebración. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

25. CONSIDERACIÓN FISCAL

De acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes, los pagos que realicen las Instituciones de Seguros a sus Asegurados o Contratantes o Beneficiarios, podrán causar impuesto de acuerdo a dichas disposiciones.

Cuando proceda, el cálculo específico de los impuestos y las tasas impositivas aplicables serán las vigentes de acuerdo con la legislación en vigor en la fecha de pago.

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le sustituya.

Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan.

El Contratante sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta Póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El Contratante se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida, derivadas del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta Póliza de seguro.

26. ENTREGA DE PÓLIZA

Una vez aceptada la solicitud de seguro la Compañía se obliga a entregar al Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

- a) De manera personal al contratar el seguro.
- b) Envío electrónico al correo indicado en la solicitud de seguro.
- c) Envío a su domicilio, por cualquiera de los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos mencionados en el caso del inciso a) y para los incisos b) y c) dejará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los documentos.

La Compañía hará entrega al Asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo anterior, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante. No obstante lo anterior, las condiciones generales pueden ser consultadas en la página web: www.insignialife.com

Para cancelar la Póliza o solicitar que la misma no se renueve, en el caso de que esté pactada la renovación, el Contratante debe ponerse en contacto con su agente o comunicarse para tal efecto a través del correo electrónico atencionclientes@insignialife.com mediante el cual la Compañía se pondrá en contacto para realizar el trámite o bien llamando los teléfonos (55) 3088 3663 o 01 800 005 5555.

La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la solicitud está en trámite de acuerdo con sus procesos de control.

27. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente Contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, 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 privadas o públicas, 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.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

28. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente Contrato, puede acudir a Insignia Life, S.A. de C.V., en Avenida Paseo de la Reforma 234 piso 6, Colonia Juárez, Código Postal 06600, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, en el área de atención a clientes de Lunes a Viernes en un horario de 09:00 a 15:00 horas, o bien en las oficinas regionales de la Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.insignialife.com

29. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Compañía únicamente proporcionará información de la Póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

30. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS

El Contratante deberá en todo momento mantener la documentación de cada crédito aprobado (nuevos, renovaciones o reestructuras), consignando lo siguiente:

1. Copia de la identificación personal del trabajador Asegurado.
2. Verificación de la edad cumplida.
3. Copia del recibo de nómina de la empresa de la última quincena.
4. Verificación a través de la base de datos del sistema PROCESAR del centro de trabajo en el que labora el trabajador y de los ingresos mostrados en los recibos de nómina del trabajador.
5. La validación del monto a ser ejercido se lleva a cabo a través del sistema de crédito del Instituto FONACOT y su aceptación por parte del trabajador Asegurado será documentada a través del pagaré correspondiente.
6. Contrato original del crédito FONACOT formado por el trabajador asegurado y la persona autorizada por parte del Instituto FONACOT.

31. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente Contrato de seguro, pueden ser consultados en la página web www.insignialife.com

CONDICIONES PARTICULARES

1. CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

Se ampara a los deudores calificados con créditos FONACOT otorgados, renovados y reestructurados dentro de la vigencia de este Contrato, y que formen parte del Grupo Asegurado de conformidad con la información de altas y bajas entregada por el Contratante.

Los trabajadores que se van integrando a la Póliza deben ser empleados activos al momento de solicitar el crédito FONACOT.

2. SUMA ASEGURADA

Beneficio por fallecimiento y Beneficio por invalidez o incapacidad total y permanente.

Saldo insoluto del crédito FONACOT, incluyendo accesorios e intereses devengados no pagados al momento del evento indemnizable. En el caso de Invalidez o incapacidad total y permanente, al momento del dictamen de la invalidez o incapacidad.

Beneficio por pérdida de empleo por cualquier causa.

Hasta un máximo de 6 cuotas mensuales durante la vigencia del crédito, de conformidad con lo definido en el beneficio correspondiente.

Beneficio de ayuda por pérdida de empleo por cualquier causa.

\$500 (quinientos pesos) en una sola exhibición, por única vez, durante toda la vigencia del crédito.

La Compañía establecerá con base en el número de miembros del grupo asegurado y la suma asegurada promedio correspondiente, la suma asegurada máxima sin examen médico (SAMEM), así los asegurados cuyo consentimiento reciba la Compañía y que la suma asegurada solicitada sea menor a SAMEM señalada en la carátula de la Póliza, quedarán asegurados sin presentar pruebas médicas adicionales; en caso contrario, se solicitarán pruebas de asegurabilidad que la Compañía considere pertinentes, de acuerdo al monto de suma asegurada y la edad del Asegurado.

3. REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía entregará a éste, previa solicitud por escrito, el registro de asegurados que contendrá la siguiente información:

1. Número de Póliza.
2. Número de certificado individual.
3. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo del Asegurado.
4. Coberturas contratadas.
5. Suma asegurada de las coberturas contratadas.
6. Fecha de entrada en vigor del seguro o fecha de ejercicio del crédito, así como la fecha de terminación del mismo.
7. Plazo del crédito.
8. Operación y plan de seguros de que se trate.

4. ADMINISTRACIÓN

4.1 ALTAS

Las personas que suscribieron un Contrato de crédito con el Instituto FONACOT e ingresen al Grupo con posterioridad a la celebración de este Contrato y que hayan otorgado su consentimiento quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurado.

El contratante enviará mensualmente el reporte de altas que contendrá la siguiente información.

1. Fecha de ingreso a la Póliza (fecha de ejercicio del crédito).
2. RFC del trabajador asegurado.
3. Fecha de ingreso del trabajador asegurado en la empresa en la que labora al momento de pedir el crédito.
4. Identificador del crédito.
5. Indicador de la seguridad social del deudor.
6. Indicación si es crédito nuevo, renovado o reestructurado.
7. Empresa en la que labora.
8. Entidad (Estado) o código postal.
9. Plazo del crédito.
10. Monto del crédito inicial total.
11. Prima única del crédito total.

4.2 BAJAS

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

5. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

El Contratante en la documentación de la operación de la que deriven los créditos amparados por este seguro, hará saber a los Asegurados la existencia de esta Póliza y los beneficios que de la misma derivan, y en especial informará a dichos Asegurados lo ordenado en la Fracción I del artículo 16 del Reglamento.

6. PAGO DEL SEGURO

Al realizar la Compañía cualquier pago a que se refiere esta Póliza, el Contratante le deberá entregar los documentos que amparen el finiquito del crédito cubierto por este seguro.

7. EDADES DE ACEPTACIÓN

Para efectos de este Contrato se considerará como edad, el número de años cumplidos por el Asegurado en la fecha de ejercicio del crédito INFONACOT.

La edad mínima de aceptación es de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación es sin límite.

8. EDAD

La edad declarada por los Asegurados, se deberá comprobar legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía. Una vez que el Asegurado haya hecho dicha comprobación, la Compañía hará la anotación

correspondiente en el certificado individual y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad para pagar el seguro. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la edad del asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del Contrato, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por ésta; pero en este caso, se devolverá al Contratante el importe de la reserva matemática (si la hubiere) que corresponda al certificado individual en la fecha de su rescisión.

DETALLE DE LA COBERTURA

1. BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

La Compañía pagará la suma asegurada de este beneficio al Contratante, en su carácter de Beneficiario irrevocable, si el Asegurado fallece mientras esta Póliza y su certificado se encuentren en vigor en el momento del siniestro.

Exclusiones

Este beneficio no cubre el fallecimiento que se deba a las siguientes contingencias:

- 1. Fallecimiento a consecuencia de radiación atómica**
- 2. Fallecimiento a consecuencia de acto(s) de terrorismo**

2. BENEFICIO POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de que el Instituto de Seguridad Social correspondiente emita en favor del Asegurado, un dictamen de invalidez total y permanente o incapacidad total y permanente mayor al 75%, mientras esta Póliza y el certificado se encuentran en vigor en el momento del siniestro, la Compañía pagará al Contratante, en su carácter de Beneficiario irrevocable, la suma asegurada a la fecha en que fue declarado dicho estado de invalidez o incapacidad. La declaración de improcedencia por parte de la Compañía del dictamen de invalidez total y permanente presentado por el Asegurado, deberá efectuarla un especialista en la materia.

En caso de que los dictámenes respecto de la invalidez total y permanente presentados tanto por el Asegurado titular como el emitido por el médico especialista de la Compañía, resulten contradictorios, las partes de común acuerdo podrán resolver la controversia mediante arbitraje de conformidad con las reglas establecidas en la cláusula "Arbitraje" de estas condiciones generales.

Este beneficio no será aplicable a aquellos Asegurados que ingresen al grupo con posterioridad a la fecha en que se dictamine un estado de invalidez o incapacidad total y permanente.

Definición de invalidez o incapacidad total y permanente

Se entenderá por invalidez o incapacidad total y permanente, si durante la vigencia del seguro, las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 meses.

Para determinar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que no sea susceptible de ser corregido mediante los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el evento que lo produjo, o si existen dichos conocimientos, no sean accesibles para el Asegurado titular por virtud de su capacidad económica.

También será considerada como invalidez o incapacidad total y permanente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo. En estos casos no opera el periodo que se menciona en el párrafo anterior. Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano la anquilosis total, es decir, interfalángica, metacarpofalángica, carpometacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella. Por la pérdida de un pie la

anquilosis total, es decir, interfalángica, metatarsofalángica, tarsometatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, y por la pérdida de la vista, la privación completa y definitiva de la visión.

Para fines de este Contrato, se amparan las enfermedades y/o accidentes preexistentes, donde los trabajadores asegurados quedan cubiertos no importando la fecha del acontecimiento que haya dado origen a la reclamación, siempre y cuando el dictamen sea expedido dentro del periodo del crédito INFONACOT vigente.

Las personas que se encuentren afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), deberán presentar Dictamen de Invalidez o Incapacidad Total y Permanente expedido por el citado Instituto, (en su forma ST-3 o ST-4) o en su forma equivalente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA), Petróleos Mexicanos (PEMEX); dicho dictamen será evaluado por un Médico Especialista Certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. En caso de que el Asegurado no cuente con constancia de Invalidez Total y Permanente expedida por las instituciones antes mencionadas, deberá presentar historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete donde se muestren las causas que originaron la invalidez, dichos documentos serán evaluados por un Médico Especialista Certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, a fin de dictaminar la procedencia del dictamen de invalidez.

Exclusiones

Este beneficio no cubre la invalidez o incapacidad que se deba a las siguientes contingencias:

- 1) Lesiones a consecuencia de radiación atómica.**
- 2) Este beneficio no aplica para personal jubilado.**
- 3) Lesión corporal infringida intencionalmente por el propio trabajador asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales.**
- 4) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, revolución.**
- 5) Lesiones sufridas por la participación directa del trabajador asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- 6) Lesiones sufridas por la participación directa del trabajador asegurado en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada.**
- 7) Accidentes de la navegación aérea, salvo cuando el trabajador asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.**
- 8) Guerra, sea declarada o no, hostilidades o cualquier acto de guerra o de guerra civil o de guerra interna.**
- 9) Lesiones a consecuencia de un(os) acto(s) de terrorismo.**
- 10) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 11) Padecimientos derivados de intento de suicidio.**

3. BENEFICIO POR PÉRDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

Si al momento de contratar este beneficio el Asegurado es un deudor calificado y una vez transcurrido el periodo de carencia de 60 días de acuerdo a lo definido en este Contrato, éste se separa de su empleo sin importar la causa y deje de cotizar ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o institución similar de seguridad social, sin recibir ingreso alguno como contraprestación por su trabajo personal, la Compañía pagará al Contratante en su carácter de Beneficiario irrevocable, la suma asegurada para este beneficio, que equivale hasta seis meses de la cuota mensual durante la vigencia del crédito o al número de amortizaciones remanentes del crédito, lo que resulte menor, siempre y cuando prevalezca la condición de desempleo.

Este beneficio comenzará su aplicación después del periodo de espera de 30 días a partir de que tenga lugar la pérdida de empleo.

Exclusiones

Este beneficio no cubre la pérdida de empleo que se deba a las siguientes contingencias:

- 1) Fallecimiento del trabajador asegurado.**
- 2) Jubilación, pensión o retiro anticipado del trabajador asegurado.**
- 3) Contratos de prestación de servicios y por honorarios.**
- 4) Trabajadores que sufran pérdida de empleo por cualquier causa dentro de los siguientes 60 días posteriores a la fecha en que se ejerce el crédito FONACOT.**

4. BENEFICIO DE AYUDA POR PÉRDIDA DE EMPLEO POR CUALQUIER CAUSA

Si al momento de contratar este beneficio el Asegurado es un deudor calificado y una vez transcurrido el periodo de carencia de 60 días de acuerdo a lo definido en este Contrato, éste se separa de su empleo sin importar la causa y deje de cotizar ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o institución similar de seguridad social, sin recibir ingreso alguno como contraprestación por su trabajo personal, la Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada para este beneficio.

Este beneficio comenzará su aplicación después del periodo de espera de 30 días a partir de que tenga lugar la pérdida de empleo.

Exclusiones

Este beneficio no cubre la pérdida de empleo que se deba a las siguientes contingencias:

- 1) Fallecimiento del trabajador asegurado.**
- 2) Jubilación, pensión o retiro anticipado del trabajador asegurado.**
- 3) Contratos de prestación de servicios y por honorarios.**

- 4) **Trabajadores que sufran pérdida de empleo por cualquier causa dentro de los siguientes 60 días posteriores a la fecha en que se ejerce el crédito FONACOT.**
- 5) **Despido originado por actos fraudulentos o por rescisión en términos del artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Insignia Life, S.A. de C.V., Avenida Paseo de la Reforma 234 piso 5, Colonia Juárez, Código Postal 06600, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica 01800 00 55555, atencionclientes@insignialife.com, o visite nuestra página web: www.insignialife.com

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur Número 762 Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, Centro de Atención Telefónica: 5340 0999 y 01800 99 98080, webmaster@condusef.gob.mx www.condusef.gob.mx

GLOSARIO

Asegurado: Es cada persona física que es un deudor calificado de acuerdo a las definiciones de estas condiciones generales, que tiene un crédito con el Contratante y que forma parte del grupo asegurado.

Bases de datos ProceSAR: Base de Datos Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro que administra la empresa ProceSAR, S.A. de C.V. en la que se valida la relación laboral de los acreditados, su antigüedad e ingresos.

Beneficiario: El propio Contratante, con carácter de irrevocable, en atención a las características particulares y objeto de este seguro.

Carátula de la Póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Capital inicial: Es el importe del crédito ejercido, al cual se le suma la comisión de apertura con el IVA correspondiente más los intereses del periodo de gracia incluyendo su IVA.

Capital total financiado: Se refiere a la suma del capital inicial más la prima de seguro.

Consentimiento/Certificado: Documento que expide la Compañía para cada integrante del grupo asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza y mediante el cual la persona que, habiendo contraído una deuda con el Contratante, manifiesta su voluntad para ser Asegurado. Cualquier referencia que se haga como consentimiento y/o certificado individual, de forma independiente, quedará amparada bajo esta definición.

Compañía: Insignia Life, S.A. de C.V.

Condiciones generales: Es el conjunto de principios básicos establecidos por las partes de común acuerdo y que regulan las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

Condiciones particulares: Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

Contratante: Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (Instituto FONACOT).

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

Cuota mensual. La cuota mensual corresponde a los abonos al crédito FONACOT, que paga el trabajador asegurado cada mes, e incluye los pagos de amortización del capital total financiado, incluyendo los intereses ordinarios del crédito FONACOT y el correspondiente al IVA.

Deudor calificado: Aquel trabajador que se encuentre, a la fecha en la que se ejerce el crédito FONACOT, con una relación laboral formal vigente, de conformidad con las políticas de otorgamiento de crédito aprobadas por el Instituto FONACOT. Se considerarán los siguientes como requisitos a cumplir del trabajador para ser elegible de ser acreditado por el Instituto FONACOT:

- Contar con 18 años cumplidos a la fecha del ejercicio del crédito FONACOT.
- Contar con una relación laboral de manera continua con el mismo patrón durante los últimos doce meses a la fecha de ejercicio del crédito FONACOT.
- Trabajar en una empresa afiliada al Instituto FONACOT.

- Contar con un Contrato de trabajo por tiempo indefinido, excepto los casos de outsourcing que se mencionan bajo esta definición en los párrafos subsecuentes.
- Para el caso de trabajadores que cuenten con 60 años cumplidos a la fecha del ejercicio del crédito, y hasta 64 años, el plazo máximo del crédito FONACOT no podrá ser mayor a 12 meses, mientras que para trabajadores con 65 años o más, el plazo máximo del crédito será de 6 meses.

Una vez que es calificado y aprobado, el trabajador deberá firmar el Contrato de crédito respectivo con el Instituto FONACOT, así como el pagaré o voucher respectivo y el monto se determinará de acuerdo con la normatividad aplicable y las propias políticas de crédito del Instituto FONACOT.

Hay trabajadores (principalmente que trabajan vía outsourcing) que tienen Contratos mensuales con el mismo empleador. Mientras sean renovados continuamente por el mismo empleador se aceptarán y tomarán en cuenta para la antigüedad en la empresa como si fueran indefinidos.

El monto del crédito FONACOT se determinará de acuerdo a la capacidad de crédito del trabajador, que no excederá el 10% para quienes perciban un salario mínimo mensual y hasta 20% de su ingreso neto mensual en nómina a quienes perciban un sueldo superior al mínimo.

Grupo asegurable: Conjunto de personas que, habiendo contraído una deuda con el Contratante, firman su Contrato de crédito, son aceptados por la Compañía y están incluidos en el reporte de altas de deudores formulado por el Contratante.

Grupo asegurado: Los integrantes del grupo asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

Identificador: Es el número compuesto que permite relacionar el crédito con los siniestros. Se conforma por el número de afiliación de la persona y el número de crédito.

Los trabajadores pueden tener más de un crédito, y cada uno tendrá un número de crédito diferente.

IVA: Siglas que corresponden al Impuesto al Valor Agregado.

Padecimientos preexistentes: Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellas que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuya manifestación se haya presentado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizada un diagnóstico, estudio, tratamiento o gasto médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.

Periodo de carencia: Para fines de este Contrato, se refiere a que todo siniestro de pérdida de empleo que se presente en los primeros 60 días a partir de la fecha de otorgamiento del crédito, no estará cubierto. En cuanto el trabajador Asegurado sea recontratado y vuelva a perder el empleo, contará con la cobertura desde el primer día.

Si un Asegurado tuviera más de un crédito, el periodo de carencia aplicará de manera independiente.

Periodo de espera: Para fines de este Contrato, es el periodo de 30 días que al menos debe transcurrir para verificar si el trabajador asegurado se registra con otro empleado una vez que se tiene la baja en la cédula de cobranza con base en el reporte de la base de datos del sistema de ProceSAR. Una vez que ha transcurrido este periodo se procede a cobrar las cuotas mensuales correspondientes que se adeuden inmediatamente después de la baja.

Período de gracia: Para fines de este Contrato, el periodo de gracia corresponde al tiempo que transcurre (3 meses) entre la fecha en que se ejerce el crédito FONACOT y la fecha en la que se registra el primer pago del crédito. Este periodo adicional se agrega al plazo del crédito, independientemente del plazo que el trabajador haya seleccionado.

Póliza: Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes. La solicitud, las condiciones generales, las particulares y las adicionales forman parte y constituyen prueba del Contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Reglamento: Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Renovación de créditos: Para términos de este Contrato, la renovación de créditos se refiere a la ampliación del plazo del crédito por el mismo plazo original de pago del crédito, que no contempla pago adicional de prima. En caso de que a la fecha de renovación de alguno de los Contratos no exista un convenio vigente entre las partes, la Compañía regresará al Contratante la prima no devengada.

Lo anterior se podrá realizar en cualquier momento, mientras se haya liquidado el 25% del crédito original y los pagos se encuentren al corriente. El crédito mantendrá las mismas condiciones de tasa y plazo originales, así como los requisitos originales en créditos nuevos, incluyendo el periodo de espera.

En este caso no aplicará el periodo de carencia.

Reestructura de créditos: Para términos de este Contrato, la reestructura de créditos se refiere a la ampliación del plazo original del crédito, que no contempla pago adicional de prima. Si la fecha en la que inicia el nuevo periodo reestructurado, se encuentra dentro de la vigencia de este Contrato, la prima no devengada se mantendrá dentro de este Contrato, en caso de que el crédito reestructurado inicie en la vigencia fuera de la vigencia de este Contrato, la prima no devengada se trasladará al Contrato vigente. En caso de que a la fecha de la reestructura de alguno de los Contratos no exista un convenio vigente entre las partes, la Compañía regresará al Contratante la prima no devengada.

En caso de reestructura se podrán modificar las condiciones originales de tasa y plazo, siendo el plazo máximo de 35 meses.

En el caso de reestructuras no aplicará el periodo de carencia.

SAMEM: Suma asegurada máxima sin examen médico.

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 Octubre de 2017, con el número CNSF-S0111-0504-2017.