



Condiciones Generales **Seguro de Vida Grupo**

ÍNDICE

1. OBJETO DEL SEGURO	5
2. DEFINICIONES	5
Asegurado	5
Beneficiario	5
Certificado Individual de Seguro	5
Compañía o Skandia	5
Contratante.....	5
Contrato de Seguro	5
Edad	5
Grupo Asegurable	6
Grupo Asegurado	6
3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	6
3.1 Cobertura Básica	6
3.1.1 Cobertura por Fallecimiento	6
3.1.2 Límites de edad para cobertura básica	6
3.2 Coberturas Adicionales	6
3.2 Cobertura Adicional de Pago Anticipado de Invalidez Total y Permanente	6
3.2.1 Definición de Invalidez Total y Permanente	7
3.2.2 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	7
3.2.3 Periodo de Espera	8
3.2.4 Límites de edad para la cobertura de Invalidez Total y Permanente	8

3.2.5 Exclusiones de la Cobertura Adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente	8
3.3 Administración	8
3.3.1 Registro de Asegurados	8
3.3.2 Altas	9
3.3.3 Bajas	9
3.4 Participación de utilidades/Dividendos	9
4. CLÁUSULAS GENERALES	9
4.1 Vigencia	9
4.2 Suma Asegurada	10
4.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones	10
4.4 Indisputabilidad	10
4.5 Agravación del Riesgo	10
4.6 Cancelación del Seguro a Solicitud del Contratante	11
4.7 Cancelación Automática	11
4.8 Renovación Automática	12
4.9 Prima de Seguro	12
4.10 Comunicaciones	12
4.11 Uso de medios electrónicos	12
4.12 Entrega de documentación contractual	13
4.13 Ratificación de consentimiento	13
4.14 Beneficiarios	13
4.15 Reclamaciones	14
4.16 Suicidio	14
4.17 Ocurrencia de siniestro	14
4.18 Comprobación del Siniestro	14
4.19 Interés Moratorio	15
4.20 Modificaciones	17
4.21 Prescripción	18

4.22 Restricciones	18
4.23 Moneda	18
4.24 Advertencia	18
4.25 Competencia	18
4.26 Comisiones o Compensaciones a Intermediarios	19
4.27 Consulta de Abreviaturas y Preceptos Legales	19
4.28 Datos de la Unidad de Atención Especializada (UNE)	19
4.29 Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios De Servicios Financieros (CONDUSEF)	19

1. OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este contrato de seguro es brindar protección por fallecimiento a los Beneficiarios.

2. DEFINICIONES

Asegurado

Es la persona física que en sí misma está expuesta al (los) riesgo(s) cubierto(s) por la presente Póliza.

Beneficiario

La(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado para recibir las prestaciones aseguradas al fallecimiento del mismo, cuyo nombre(s) aparece(n) en la carátula de la póliza.

Certificado Individual de Seguro

La Compañía emitirá un certificado individual para cada miembro del Grupo Asegurado que entregará al Contratante, el cual contendrá cuando menos los siguientes datos:

- 1) Número de póliza y del certificado
- 2) Nombre y fecha de nacimiento del Asegurado
- 3) Fecha y vigencia de la póliza
- 4) Fecha de vigencia del certificado individual
- 5) Suma asegurada o la regla para determinarla
- 6) Beneficios Contratados
- 7) Nombre de los beneficiarios
- 8) Nombre, teléfono y domicilio de La Compañía
- 9) Nombre del contratante

Compañía o Skandia

Skandia Life S.A. de C.V., con domicilio en Ferrocarril de Cuernavaca 689, PB, Col. Ampliación Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11529 (la "Compañía" u "Skandia").

Contratante

El Contratante es la persona física y/o moral que suscribe el Contrato de Seguro y que asume las obligaciones contenidas en el mismo (en lo sucesivo el "Contratante").

Contrato de Seguro

El contrato de seguro está conformado por estas condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud, los endosos, y cualquier anexo a la documentación mencionada, que se emitan simultáneamente con la Póliza o que se agreguen posteriormente, previa aceptación de Skandia y del Contratante, cuando corresponda (en lo sucesivo el "Contrato de Seguro").

Edad

Se entenderá como edad, la edad alcanzada del asegurado al momento de la contratación y renovación.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar legalmente antes o después del fallecimiento del Asegurado. La Compañía hará la anotación respectiva en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad posteriormente.

Si la edad del Asegurado difiere de la edad declarada, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las reglas contenidas en el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Grupo Asegurable

Integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se señalan en la carátula de la póliza.

Grupo Asegurado

Son 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.

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 Cobertura Básica

3.1.1 Cobertura por Fallecimiento

Skandia pagará a los Beneficiarios, en caso de Fallecimiento del Asegurado la Suma Asegurada, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra dentro de la vigencia del Contrato de Seguro. Si el Asegurado viviere al término de dicho plazo, la cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

La Suma Asegurada máxima individual sin necesidad de pruebas médicas, deberá determinarse por cada miembro del Grupo Asegurado y será la que se le podrá otorgar a un Asegurado para la presente póliza estableciéndose en la carátula de la póliza.

3.1.2 Límites de edad para cobertura básica

Los límites de admisión fijados para la cobertura básica de este Contrato son como mínimo 15 años de edad y como máximo 70 años.

No existe límite de edad para la renovación.

3.2 Coberturas Adicionales

3.2 Cobertura Adicional de Pago Anticipado de Invalidez Total y Permanente

En caso de que se haya contratado y se encuentre especificado en el Certificado Individual o póliza del Asegurado, si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado se invalida de manera total y permanente, la Compañía pagará la suma asegurada contratada para este Beneficio, en una sola exhibición, inmediatamente después de haber transcurrido

el Periodo de Espera. En caso de que haya tenido lugar el evento de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, y una vez realizada la indemnización correspondiente, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este Beneficio.

Este beneficio adicional se concede mediante el costo adicional de prima respectivo.

3.2.1 Definición de Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo. Asimismo, se requiere que dicha imposibilidad sea de carácter permanente y que la invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de seis meses.

Se considera también como causa de Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no opera el período de espera indicado en el párrafo anterior.

Para los efectos de esta definición se entiende por:

- Pérdida de un pie o una mano. - La amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total y permanente de funcionamiento.
- Pérdida de la vista. - La pérdida completa y definitiva de la visión

3.2.2 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de esta invalidez, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione La Compañía, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condición de obtenerlas y las que le solicite La Compañía relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

Asegurados derechohabientes del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) deberán presentar el “Dictamen de Invalidez” que dichas Instituciones emitan, La Compañía considera plenamente válido dicho Dictamen siempre y cuando esté emitido bajo los formatos y cumpliendo con las formalidades que dichas Instituciones manejen en tanto corresponda a un “Dictamen de Invalidez Total y Permanente”

Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el “Dictamen de Invalidez Total y Permanente” que les haya emitido un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado o Contratante, La Compañía tendrá el derecho, de que dicho dictamen sea evaluado y avalado por el Médico Dictaminador de La Compañía, con el objeto de corroborar cualquier hecho o circunstancia relacionado con la reclamación y con las pruebas aportadas a efecto de acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Médico de La Compañía que evalúe el dictamen deberá ser un especialista en la materia.

3.2.3 Periodo de Espera

La Compañía pagará la indemnización correspondiente después de transcurrir un periodo continuo de 6 meses contados a partir de que se haya diagnosticado el estado de Invalidez Total y Permanente.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante los 6 primeros meses transcurridos a partir de que se haya diagnosticado el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este Beneficio Adicional.

3.2.4 Límites de edad para la cobertura de Invalidez Total y Permanente

Los límites de edad para la admisión fijados para efectos de esta cobertura adicional son de 18 de años de edad como mínimo y 64 como máximo, siendo la edad máxima de renovación de 64 años.

3.2.5 Exclusiones de la Cobertura Adicional de Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente

Este Beneficio Adicional no cubre la invalidez que se deba a las siguientes contingencias:

- 1. A lesiones provocadas voluntariamente por el propio Asegurado.**
- 2. A consecuencia de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones, o actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado.**
- 3. A lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, o si viajara en motocicleta u otro vehículo similar de motor.**
- 4. A navegación aérea, excepto que, al ocurrir el accidente, el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- 5. Si la Invalidez Total y Permanente es a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.**

3.3 Administración

El Contratante debe reportar a La Compañía los movimientos de alta, los de baja y los de aumento o disminución de beneficios, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

3.3.1 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados para cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo;
- Suma Asegurada o Regla para determinarla;
- Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- Operación y Plan de seguros de que se trate;
- Número de Certificado Individual, y
- Coberturas amparadas.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá autorizar mediante reglas de carácter general, que las Aseguradoras puedan utilizar de manera opcional datos que también les permita integrar dicha información.

A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregar copia de este registro.

3.3.2 Altas

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando La Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, 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.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

3.3.3 Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía devolverá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

En caso de que a La Compañía le sea notificado como Baja el Grupo Asegurado completo, es decir que existiera una disolución completa del Grupo Asegurado, la póliza se dará por cancelada y se devolverán las proporciones del riesgo no corrido para cada uno de los integrantes.

3.4 Participación de utilidades/Dividendos

Este producto no otorga participación de utilidades o dividendo alguno.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1 Vigencia

Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y continúa durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento especificado en la carátula de la Póliza.

La vigencia del contrato de seguro también se verá afectada por lo señalado en las **Cláusulas "Cancelación a solicitud del Contratante" y "Cancelación Automática"**.

4.2 Suma Asegurada

La Suma Asegurada o regla para determinarla para cada cobertura será la que se indique en la Póliza y/o en el Certificado Individual.

La suma asegurada máxima individual podrá determinarse para cada miembro del Grupo Asegurado sin necesidad de pruebas médicas y dependerá del número de miembros, de la Suma Asegurada promedio del Grupo Asegurado y será la que determine la Compañía. Una vez obtenida la suma asegurada máxima individual sin requisitos de asegurabilidad, las personas que rebasen ésta, tendrán que presentar pruebas médicas por el excedente de acuerdo con los requisitos de asegurabilidad fijados por la Compañía.

4.3 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a Skandia, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten 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.

Con base en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, la omisión o declaración inexacta de tales hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la misma ley, facultará a Skandia para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4.4 Indisputabilidad

Esta Póliza será indisputable por omisiones o inexactas declaraciones del Contratante después de haber estado vigente, en vida del Contratante, por un período de un año, o a partir de la fecha de cualquier aumento de la suma en riesgo, siendo disputable en este caso sólo lo correspondiente a dicho aumento.

4.5 Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

"El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo." (**Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro." (**Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (**Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Las obligaciones de SKANDIA quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (**Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

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, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución 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 Skandia 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.

Skandia 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.

4.6 Cancelación del Seguro a Solicitud del Contratante

El Contratante podrá solicitar en cualquier momento la cancelación del contrato de Seguro, la cual se hará efectiva en la fecha de dicha solicitud.

4.7 Cancelación Automática

El contrato de seguro será cancelado de manera automática dando por terminadas todas las coberturas amparadas por el mismo, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Por falta de pago de la prima correspondiente al plazo, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente.

4.8 Renovación Automática

Esta Póliza se renovará automáticamente y por periodos sucesivos de un año una vez que se alcance el fin de Vigencia del Contrato estipulado en la Carátula de la Póliza.

Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante, comunicada con una anticipación de al menos 30 (treinta) días naturales anteriores a la Fecha de Término de Vigencia de la misma.

La renovación automática se otorgará, sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando haya sido asegurado dentro del periodo de aceptación, sujeta a las siguientes condiciones:

- Se aplicarán y las tarifas vigentes.
- Con base en el derecho de antigüedad, a la renovación no se podrán modificar en perjuicio del asegurado los periodos de espera ni los límites de edad establecidos en la póliza.
- En cada renovación automática la Compañía hará constar la Suma Asegurada, Fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, Fecha de Término de Vigencia de la renovación, plazo del seguro, plazo de pago de Primas y la Prima correspondiente.

4.9 Prima de Seguro

La periodicidad de pago de la prima de este seguro es mensual y se pagará durante toda la vigencia del seguro.

El Contratante tiene un plazo de 30 días naturales contados a partir de la celebración del Contrato, o de la fecha establecida para el pago de las primas mensuales, para cubrir la prima correspondiente.

Si no hubiese sido pagada dicha prima, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de ese plazo, y por lo tanto la Compañía no estará obligada a pagar indemnización alguna en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

4.10 Comunicaciones

La Compañía dirigirá todo aviso o notificación relacionado con este Contrato de Seguro, al último domicilio del Contratante que figure registrado en los archivos de la Compañía o en su caso, al correo electrónico previamente instruido por el contratante que obre en los registros de la Compañía, por lo que en todo caso, se entenderá que la Compañía ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga al Contratante o al último domicilio registrado del Contratante.

Cualquier aviso o notificación que el Contratante deba o desee hacer a la Compañía, deberá hacerlo por escrito con los requisitos que establezca Skandia o por vía telefónica, en los supuestos que autorice la Compañía.

4.11 Uso de medios electrónicos

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía pone a su disposición y que se regulan en el documento denominado Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos cuya versión vigente se encuentra disponible en el sitio:

www.skandia.com.mx/terminosycondicionesdeusodemediosselectronicos el cual es de libre acceso.

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios, (iv) entrega de avisos que deban darse al Contratante y la Compañía en relación con este Contrato, y (v) cualesquiera otros que de tiempo en tiempo se incluyan en los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos.

4.12 Entrega de documentación contractual

La Aseguradora está obligada a entregar al Contratante la documentación contractual y dejará constancia de los medios de entrega de la misma.

En caso de que el Contratante no haya recibido dentro de los 30 días siguientes a la firma de la solicitud la documentación contractual, deberá de hacerlo del conocimiento de la Aseguradora a través del Servicio de Atención al Cliente a los teléfonos mencionados al rubro del presente documento de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas.

4.13 Ratificación de consentimiento

En caso de que el Contratante suscriba la solicitud de seguro con su firma digitalizada a través de un dispositivo o mecanismo electrónico, reconoce expresamente que, con la realización del primer pago de prima, ratifica su voluntad para la celebración del Contrato de Seguro, y confirma como ciertas la información proporcionada y declaraciones efectuadas en la solicitud, reconociendo desde ese momento como un hecho propio y voluntario el llenado de la solicitud de seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá solicitar del Contratante por vía telefónica, en cualquier tiempo, la ratificación de la firma otorgada digitalmente, para lo cual, el Contratante autoriza grabar las conversaciones telefónicas que Skandia establezca con el Contratante. El Contratante reconoce que tales grabaciones y cualesquiera otras que establezca con la Compañía serán propiedad exclusiva de Skandia y que su contenido producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio para todos los efectos legales a que haya lugar.

4.14 Beneficiarios

Se entiende por Beneficiarios, a las personas a quienes les corresponde percibir las prestaciones aseguradas al fallecimiento del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios del Contrato de Seguro, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento, quedando liberado de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar a este derecho si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quién lo hará constar en la Póliza y será el único medio de prueba, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiera hecho una nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, el porcentaje de la suma asegurada que le haya sido asignada, se distribuirá por partes iguales a los sobrevivientes, salvo que el Asegurado hubiera dispuesto otra cosa. El Asegurado deberá designar Beneficiarios de 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.

ADVERTENCIA: En caso de que el Asegurado desee nombrar a menores de edad como Beneficiarios, no deberá nombrar a un mayor de edad como su representante, en virtud de que la legislación aplicable establece la forma en que deberá designarse tutor, albacea, representante de heredero u otros cargos similares y este Contrato no es el instrumento adecuado para hacer tales designaciones. La designación de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de éstos, significa legalmente que se está nombrando como Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral para con los menores y su designación como Beneficiario bajo este Contrato le concedería el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

4.15 Reclamaciones

Las reclamaciones relacionadas con el pago de cualquier indemnización deberán ser presentadas a la Compañía en los términos que ésta establezca para tales efectos. La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la cláusula Comprobación del Siniestro.

Con base en el artículo 33 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, Skandia tendrá el derecho de compensar las primas que se le adeuden, con la prestación de vida al beneficiario.

4.16 Suicidio

En caso de Suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia continua de esta Póliza y del respectivo Certificado Individual, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía quedará exenta del pago de la Cobertura por Fallecimiento.

Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo anterior, la Compañía pagará la cobertura de fallecimiento en los términos estipulados en el presente Contrato de Seguro.

4.17 Ocurrencia de siniestro

El Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 de la Ley.

4.18 Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Asimismo, desde el acto de suscripción de este Contrato de Seguro, el Asegurado expresamente autoriza a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de su caso, para que proporcionen a la Compañía, aun cuando

no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a los antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en el expediente clínico del Asegurado, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después del fallecimiento del Asegurado. Con la presente autorización, el Asegurado releva de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autoriza a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Skandia la información de su conocimiento y que a su vez Skandia proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este Contrato de Seguro y de otros que sean de su conocimiento.

4.19 Interés Moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con las obligaciones asumidas en este Contrato al hacerse éstas exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de acuerdo al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse

entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

4.20 Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Todo cambio o modificación al presente Contrato de Seguro deberá solicitarse en términos de lo dispuesto en la cláusula relativa a Comunicaciones, haciéndose constar mediante endosos o cláusulas adicionales, en caso de resultar necesario o aplicable. En consecuencia, ni los Agentes ni cualquier otra persona tienen facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones.

4.21 Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en cinco años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.22 Restricciones

Esta Póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas al cambio de ocupación y género de vida del Asegurado posteriores a la contratación de la Póliza.

4.23 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, por parte del Contratante o de la Compañía, se realizarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

4.24 Advertencia

En este acto se le apercibe al Contratante que en caso de permitir a un tercero realizar cambios en este Contrato sin haberlo declarado a la Compañía u ocultando o falsificando información o actuando como prestanombres de un tercero, puede dar lugar a que el Contratante y/o el tercero hagan uso indebido de este Contrato, lo que a su vez podría llegar a constituir la comisión de un delito.

4.25 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Skandia o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de dos años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

4.26 Comisiones o Compensaciones a Intermediarios

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 por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará esta información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4.27 Consulta de Abreviaturas y Preceptos Legales

Para consultar las abreviaturas, en caso de existir, que se encuentren contenidas en este contrato de seguro, así como preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato de seguro ingresar al sitio: www.skandia.com.mx/bienestar-financiero/Documents/Glosario-de-Abreviaturas-Skandia-Life.pdf

4.28 Datos de la Unidad de Atención Especializada (UNE)

Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra Unidad de Atención Especializada, ubicada en Ferrocarril de Cuernavaca 689, PB, Ampliación Granada, C.P.11529, Ciudad de México. Teléfonos: (55) 5093 0220 y (800) 021 7569. Correo electrónico: une@skandia.com.mx; con horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas.

4.29 Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios De Servicios Financieros (CONDUSEF)

Avenida Insurgentes Sur N° 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos (55) 53400999 y (800) 9998080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de mayo de 2020, con el número CNSF-S0088-0241-2020/CONDUSEF-004343-03”.