



## CONDICIONES GENERALES

### SEGURO DE VIDA GRUPO

#### CONTENIDO

DESCRIPCION DE LA COBERTURA BASICA .....	1
CLÁUSULAS RELATIVAS AL SEGURO DE GRUPO.....	1
CLÁUSULAS GENERALES	5
BENEFICIOS ADICIONALES	15
Beneficios Adicionales por Accidente .....	15
Beneficios Adicionales de Invalidez Total y Permanente .....	16

**DESCRIPCION DE LA COBERTURA BASICA****Cobertura Básica**

Por este contrato la Compañía pagará la Suma Asegurada a los beneficiarios del Asegurado si éste fallece dentro del plazo del seguro, mismo que será de un año o menor a un año según se especifique en la carátula de la póliza.. Si el Asegurado viviere al término de dicho plazo, la cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

**Suma Asegurada**

La regla para determinar la Suma Asegurada será la que se establezca en la carátula de la póliza, la cual podrá consistir en:

- a) Una suma fija
- b) Número de veces el salario
- c) Número de veces la aportación mensual\*
- d) Porcentaje del Fondo Individual en Administración\*

\*Aplica en los casos en que el seguro esté relacionado con un Fondo Individual en Administración administrado a través de un Fideicomiso.

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

Se determinará la suma asegurada máxima individual sin requisitos de asegurabilidad dependiendo del número de miembros y de la Suma Asegurada promedio del Grupo Asegurado. 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 a los requisitos de asegurabilidad fijados por la Compañía.

La Suma Asegurada promedio será la que resulte de dividir la Suma Asegurada total del Grupo Asegurado, entre el número total de miembros que lo integran.

**CLÁUSULAS RELATIVAS AL SEGURO DE GRUPO****Grupo Asegurable**

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración de este contrato. El número mínimo de personas a participar en el seguro es de 10, debiendo representar los participantes el 75% o más del total de integrantes del grupo.

**Grupo Asegurado**

Conjunto de personas que perteneciendo al Grupo Asegurable, otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados bajo este Contrato de Seguro, y que habiendo sido aceptados por la Compañía aparezcan en el Registro de Asegurados.

**Registro de Asegurados**

La Compañía formará un registro de asegurados con la información proporcionada por el Contratante, el cual contendrá al menos el nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada integrante del Grupo Asegurado; la suma asegurada o la regla para determinarla; fecha de inicio y fin de vigencia para cada Asegurado; operación y el plan de seguros de que se trata; número de certificado individual de cada Asegurado y coberturas amparadas.

La Compañía a petición del Contratante, le entregará una copia autorizada del Registro de Asegurados.

**Obligaciones del Contratante**

El Contratante de la póliza deberá enviar a Skandia, con una periodicidad mensual la siguiente información:

- a) La notificación de altas de nuevos integrantes del Grupo Asegurado junto con los consentimientos respectivos debidamente firmados.
- b) La notificación de los integrantes que se separaron del Grupo Asegurado durante el mes que se reporta.
- c) La notificación de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que integran el Grupo Asegurado, que afecte las condiciones de riesgo o la aplicación de reglas para determinar las sumas aseguradas.
- d) Los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, indicando la forma en que se administrarán.

**Certificados Individuales**

La Compañía expedirá y entregará los certificados individuales correspondientes a cada integrante del Grupo Asegurado por conducto del Contratante.

Los certificados deberán contener entre otros datos el nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de póliza, número de certificado individual, nombre del Contratante; nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado; fecha de vigencia tanto de la póliza como del certificado; Suma Asegurada o regla para determinarla en cada beneficio; nombre de los beneficiarios y un resumen de las principales cláusulas de esta póliza.

**Ingresos al Grupo Asegurado**

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 bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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.

#### Bajas del Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

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.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

#### Derecho a seguro individual

La Compañía tendrá obligación de asegurar, sin requisitos médicos y por una sola vez, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice la Compañía, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor en el momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del integrante al momento de la separación del Grupo.

El solicitante deberá pagar a la Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

**Calculo de la prima:**

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento del Contrato de Seguro, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en su caso en el siguiente período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada integrante del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato de Seguro y a los que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, se le aplicará la cuota promedio por días exactos.

**Contribución de los asegurados al pago de la prima**

Los integrantes del Grupo Asegurado podrán o no contribuir en el pago de la prima correspondiente, situación que se determinará en la solicitud del seguro.

Cuando un integrante del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja de la Póliza de Seguro a la Compañía.

**Renovación**

La Compañía podrá renovar el contrato en las mismas condiciones en que fue celebrado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades a la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**Auto administración**

Cuando aparezca estipulado en la carátula de la póliza, ésta podrá ser auto administrada, bajo las siguientes condiciones:

Durante la vigencia del contrato, el Contratante no se obliga a reportar a la Compañía los movimientos de ingresos y bajas de Asegurados, no obstante lo establecido en la Cláusula de Obligaciones del Contratante.

La Compañía dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte del Grupo Asegurado, sujeto a los criterios de edad de aceptación, suma asegurada máxima individual y requisitos de asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado, especificados en las condiciones del seguro.

El Contratante se obliga a dar aviso la Compañía cuando exista incremento generalizado en la Suma Asegurada, superior al 10% de la Suma Asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio.

La prima correspondiente será determinada por la Compañía, efectuando el cobro a prorrata considerando la nueva Suma Asegurada y los beneficios que se

tengan contratados en ese momento. Dicho incremento no se considerará en el cálculo del Ajuste anual.

La Compañía aceptará, sin necesidad de reporte por parte del Contratante, los incrementos en Sumas Aseguradas individuales, siempre y cuando la nueva Suma Asegurada no sea superior a la suma asegurada máxima individual especificada en el Contrato de Seguro y el cual sea resultado de cambios en las características del Asegurado aplicables a las reglas de Suma Asegurada establecidas bajo el mismo Contrato de Seguro.

Si derivado de un incremento general o individual de Suma Asegurada se tuvieran Asegurados con Suma Asegurada excedente a la suma asegurada máxima individual establecida en la carátula de la póliza para este contrato, el Contratante se obliga a reportarlos dentro de los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha que les da origen, debiendo la Compañía valorar e indicar si acepta o no el monto excedente de la suma asegurada máxima individual con base en los requisitos de asegurabilidad presentados por el propio Asegurado.

No serán válidos los incrementos individuales de Suma Asegurada, cuando la persona se encuentre incapacitada, reconociendo el incremento que le corresponda al momento de su rehabilitación.

La prima correspondiente a los movimientos de ingresos y baja de Asegurados dentro del Grupo Asegurado, se cobrará en el ajuste anual, aplicando la cuota de cada una de las coberturas contratadas. De no ser cubierto el ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

De conformidad con el Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, es obligación del Contratante recabar los consentimientos individuales de todos los miembros del Grupo Asegurado, previa su incorporación al mismo.

El Contratante se obliga a integrar y mantener actualizado el expediente relativo a esta póliza y cada uno de los Asegurados que integran el Grupo Asegurado, con la información mínima requerida por el Reglamento de Seguro de Grupo antes referido, dando acceso irrestricto a dicha información a la Compañía, y en su caso, obligándose a proporcionarle la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, dentro de los dos días hábiles siguientes a que reciba la petición expresa y por escrito por parte de la Compañía.

## **CLÁUSULAS GENERALES**

### **Compañía o Skandia**

Skandia Vida, S.A. de C.V., con domicilio en Bosque de Ciruelos 162 primer piso, Col. Bosques de las Lomas, México D.F. 11700.

### **Contratante**

El Contratante es la persona física o moral que suscribe el Contrato de Seguro y que asume las obligaciones contenidas en el mismo.

**Asegurado**

Es el integrante del Grupo Asegurado que habiendo dado su consentimiento para ser asegurado bajo este Contrato de Seguro, quede cubierto por los beneficios de la misma, haciéndose constar así en el certificado individual respectivo.

**Contrato de Seguro**

Estas condiciones generales, la Póliza, la solicitud, los consentimientos, los certificados individuales, 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.

**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.

**Elementos de Contratación**

Los elementos de contratación, que deben de ser declarados por el Contratante al momento de la celebración del Contrato de Seguro, aparecen en la solicitud y son: nombre o razón social, grupo asegurado y sus características, domicilio, coberturas, sumas aseguradas entre otros.

**Omisiones o Inexactas Declaraciones**

El Contratante está obligado a declarar por escrito a Skandia, de acuerdo con la solicitud relativa, 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. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a Skandia para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta misma obligación tendrán los Asegurados que se incorporen con posterioridad al Grupo Asegurado y que no hayan dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo, así como los Asegurados cuya suma asegurada rebase la suma asegurada máxima individual.

**Indisputabilidad**

Esta Póliza será indisputable por omisiones o inexactas declaraciones del Contratante o del Asegurado en los casos a que se refiere el segundo párrafo de la cláusula anterior, después de haber estado vigente, por un período de dos años continuos, 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.

**Condiciones Generales**

---

**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.

**Pago de la prima**

El Contratante tiene a su cargo el pago de la prima, el cual deberá efectuar a la Compañía a la celebración del Contrato de Seguro o al vencimiento de cada periodo pactado si se convino el pago en parcialidades.

El pago de la prima se efectuara en las oficinas de la Compañía o mediante depósitos a la cuenta que la Compañía indique por escrito o a través de cargos a la cuenta bancaria del Contratante.

En virtud de lo anterior, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente al período de seguro de que se trate, hará las veces de recibo de pago de la prima hasta en tanto la Compañía no entregue el recibo correspondiente.

Los montos y periodicidad de pago de la prima, anteriormente indicados, se especifican en la carátula de la Póliza.

**Periodo de gracia**

El pago de la prima vence a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, sin embargo el Contratante tiene un plazo de 30 días naturales contados a partir de esa fecha, para cubrir la prima o primera parcialidad de la misma. Las subsecuentes fracciones vencerán el primer día de cada periodo de pago pactado. Si no hubiese sido realizado el pago de la prima o de la primera fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, el Contrato de Seguro cesará automáticamente a las 12:00 horas del último día de ese plazo, y por lo tanto la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro durante el periodo de gracia sin que hubiese estado pagada la prima correspondiente, la Compañía tiene el derecho a deducir este importe de la Suma Asegurada al Beneficiario.

**Rehabilitación**

Cuando los efectos del Contrato hubieren cesado, como se prevé en la Cláusula de periodo de gracia, éste puede ser rehabilitado en cualquier época dentro de la vigencia del Contrato, mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.
- b) Comprobar a la Compañía que reúne las condiciones necesarias de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud.



- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que se fije para este efecto.

El Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta correspondiente.

#### 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. 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.

La Compañía y el Contratante podrán convenir en el uso de medios electrónicos, de cómputo o de telecomunicaciones para la prestación de servicios, y demás avisos que deban darse en relación con este Contrato, en términos de lo dispuesto por el artículo 36-E de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, conforme a lo siguiente:

- a) Cuando así se convenga por las partes, mediante el uso de los equipos y sistemas automatizados reconocidos por las mismas (los “Medios Electrónicos”), el Contratante podrá (i) efectuar consultas al estado que guarda su Contrato de Seguro y/o (ii) ejercer derechos, cumplir obligaciones, hacer movimientos en su Contrato de Seguro, dar avisos, hacer requerimientos y girar cualquier otra instrucción que el propio equipo y sistema permita en atención a su naturaleza. Asimismo, la Compañía podrá utilizar dichos equipos y sistemas automatizados para proporcionar o solicitar información, avisos o cualquier otro comunicado que desee o deba hacer al Contratante, incluyendo la entrega de certificados individuales.

- b) La Compañía asignará al Contratante una “Clave de Usuario” que junto con su “Contraseña Personal” o “Password” (las “Claves de Acceso”), lo identificarán como cliente y le permitirán acceder a los distintos Medios Electrónicos para tener derecho a la prestación de los diversos servicios a que se refiere el inciso a) anterior.

El uso de las Claves de Acceso será exclusiva responsabilidad del Contratante, quien reconoce y acepta desde ahora como suyas todas las operaciones que celebre con la Compañía utilizando las Claves de Acceso, para todos los efectos legales a que haya lugar. El Contratante expresamente también reconoce y acepta el carácter personal e intransferible de las Claves de Acceso, así como su confidencialidad.

- c) En términos de la legislación aplicable, las Claves de Acceso que se establezcan para el uso de los Medios Electrónicos sustituirán a la firma autógrafa por una de carácter electrónico, por lo que las constancias técnicas derivadas del uso de esos medios en donde

aparezca dicha firma electrónica, producirán, los mismo efectos que las leyes otorgan a los documentos suscritos y firmados de manera autógrafa por las partes y tendrán igual valor probatorio.

En los supuestos a que se refiere el numeral (ii) del inciso a) anterior, la Compañía proveerá una confirmación en línea a través de los Medios Electrónicos y en los casos en que resulte aplicable, un número de referencia o confirmación.

El Contratante autoriza a la Compañía, la cual podrá grabar las conversaciones telefónicas que mantenga con el Asegurado, en el entendido de que la Compañía estará obligada a informar al Contratante, que dichas conversaciones telefónicas serán grabadas, conforme a la legislación aplicable. Tales grabaciones serán propiedad exclusiva de la Compañía y su contenido producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia, el mismo valor probatorio.

La Compañía podrá ampliar, disminuir, modificar o suspender en cualquier tiempo, en todo o en parte, temporal o permanentemente, sin necesidad de notificación previa al Contratante, las condiciones, características y alcances de los medios de acceso que pone a disposición del Contratante, así como restringir el uso y acceso a los mismos, limitando inclusive su duración o cantidad de uso.

#### Suicidio

La Compañía estará obligada a pagar el Beneficio por Fallecimiento, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del Contrato.

Si el suicidio ocurre dentro de los primeros dos años contados a partir de la primera fecha de inicio de vigencia del seguro, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio, el estado mental y físico del Asegurado, la responsabilidad de Skandia se limitará únicamente a la devolución de la reserva matemática existente al ocurrir el suicidio.

#### Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios del seguro, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación, o al Contratante, si el Contrato de Seguro es autoadministrado. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento, quedando liberada 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 165 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 entrega a otras.

**ADVERTENCIA:** En caso de que el Contratante 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.

#### 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 hábiles 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.

#### Comprobación del Siniestro

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

#### 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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el cual se transcribe a continuación:

“Artículo 135 Bis: Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y

Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.”

#### Modificaciones

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 días naturales 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, salvo lo dispuesto en la Cláusula de Comunicaciones, deberá ser solicitado por escrito, haciéndose constar mediante endosos o cláusulas adicionales. En consecuencia, ni los Agentes ni cualquier otra persona tienen facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones.

#### Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos años en los demás casos, contados ambos términos 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.

#### Carencia de 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.

#### Residencia

Este Contrato de Seguro no podrá cubrir a personas residentes en los Estados Unidos de Norteamérica, Japón, Canadá o Australia. El cambio de residencia del Asegurado a cualquiera de dichos países durante la vigencia del Contrato de Seguro deberá ser notificado previamente a la Compañía y dará lugar a la cancelación del mismo.

La inexacta declaración respecto a la residencia del Asegurado en los países mencionados en el párrafo anterior, así como la omisión en la notificación previa del cambio de residencia del Asegurado a los mismos países, dará lugar a la aplicación de lo dispuesto en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones del presente Contrato de Seguro.

**Condiciones Generales**

---

**Terminación del seguro**

La póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Al concluir la vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
- b) Terminado el plazo de gracia sin que se hubiere efectuado el pago de las primas correspondientes.

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

- a) Si el Asegurado deja de pertenecer al Grupo Asegurado. En este caso, la Compañía o el Contratante cuando el Contrato de Seguro es Autoadministrado, deberá avisar sobre la cancelación al Asegurado, siendo efectiva esta desde el momento de la separación, quedando si validez alguna el certificado individual expedido.
- b) Si el Asegurado al momento de la renovación, alcanza la edad de cancelación establecida para cada beneficio en el que se establezca una edad máxima de renovación.
- c) Si la póliza queda cancelada a solicitud del Contratante, la cual será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido por la Compañía o en la fecha de cancelación solicitada por el Contratante, la que sea posterior.

En este caso la Compañía reembolsará únicamente, de la prima pagada por el Contratante y/o el Asegurado, la prima de riesgo no devengada.

**Edad**

Los límites de admisión fijados para efectos de la cobertura básica de este Contrato de Seguro son como mínimo 15 años de edad y como máximo 65, sin límite de edad para la 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 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual se transcribe a continuación:

**“Artículo 161**

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

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

II.- Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo

que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato.  
Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

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

#### 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, de la negativa de la Compañía 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.

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

**BENEFICIOS ADICIONALES****Beneficios Adicionales por Accidente****Indemnización Adicional por Muerte Accidental**

**Únicamente en caso de que se haya contratado y se encuentre especificado en la carátula de la Póliza.**

**Beneficio**

Mediante la contratación de este Beneficio Adicional, la Compañía pagará la Suma Asegurada por Muerte Accidental que aparece en la carátula de la Póliza, la cual como máximo podrá ser el 50% del Beneficio Básico.

La indemnización por este Beneficio Adicional se concederá únicamente si se presentan a la Compañía pruebas de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado, se debieron a un accidente y que éste haya ocurrido durante el período de vigencia de este Beneficio Adicional.

**Definición de Muerte Accidental**

Para efectos de este Contrato se considerará Muerte Accidental el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de una lesión o lesiones provenientes de un accidente, a causa de medios externos, violentos, súbitos y fortuitos, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

**Prima**

Este Beneficio Adicional se concede mediante el costo adicional respectivo.

**Edad**

Los límites de admisión fijados para efectos de esta cobertura adicional son 15 años de edad como mínimo y 65 como máximo, siendo la edad máxima de renovación de 69 años.

**Cancelación**

Este Beneficio Adicional se cancelará con la cancelación del Beneficio Básico, o a partir de la fecha del vencimiento del certificado individual, inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero. Una vez realizada la indemnización correspondiente, quedarán extinguidas todas las obligaciones de la Compañía por este Contrato.



**Exclusiones de la Cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental.**  
La indemnización contenida en este Beneficio Adicional no se concede a causa de las siguientes contingencias:

1. Si la muerte del Asegurado se debe a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas por las lesiones a que este Beneficio Adicional se refiere.
2. Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
3. Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
4. Muerte a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
5. Homicidio, lesiones o muerte si resultan de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.
6. Suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
7. Muerte sufrida al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrecciones.
8. Muerte ocurrida cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad resistencia o velocidad, o si viajare en motocicleta u otro vehículo similar de motor.
9. Navegación aérea, excepto que al ocurrir el accidente el Asegurado viajare como pasajero en avión registrado como transportación pública aérea para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
10. Si la muerte es a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.

### **Beneficios Adicionales de Invalidez Total y Permanente**

#### **Pago Anticipado por Invalidez Total y Permanente**

Únicamente en caso de que se haya contratado y se encuentre especificado en la carátula de la Póliza.

#### **Beneficio**

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.

**Definición de Invalidez Total y Permanente**

Para efectos de este beneficio, se considerará “Invalidez Total y Permanente”, cuando el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado 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.

Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la enfermedad o accidente no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que aún existiendo éstos, se demuestre mediante un estudio socio económico o de algún otro tipo, que el asegurado no cuenta con los medios necesarios para acceder a los mismos.

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. También será considerada como 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 la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie junto con la vista de un ojo. En estos casos no operará el período de espera indicado en el párrafo anterior.

Para los efectos de este Beneficio Adicional se entiende por pérdida de una mano la anquilosis total es decir, interfalángica, metacarpo falángica, carpo metacarpiano y articulación de muñeca; y/o su separación al nivel de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella. Por la pérdida de un pie la anquilosis total es decir, interfalángica metatarso falángica, tarso metatarsiana y tibiotarsiana, y/o su separación de la articulación tibiotarsiana a arriba de ella.

**Bases para considerar que un dictamen tiene plena validez**

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de los formatos de reclamación y documentos de comprobación del estado de invalidez, el dictamen de invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo a fin de determinar si es procedente o no el pago de la indemnización. En caso de controversia a este respecto, las partes se someterán a la decisión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

**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.

**Prima**

Este Beneficio Adicional se concede mediante el costo adicional respectivo.

**Edad**

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

**Cancelación**

Este Beneficio Adicional se cancelará a partir de la fecha del vencimiento del certificado individual, inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, siempre que esté en vigor la Póliza. 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 Adicional.

**Exclusiones de la Cobertura 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.**

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.**

# Solicitud de Contrato de Seguro de Vida de Grupo

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

[DATOS A SER INCLUIDOS DEPENDERÁN DE SI, CONTRATANTE ES PERSONA FÍSICA O MORAL]

## 2. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE

Se adjunta a la presente solicitud, la información relativa al número, edad y sexo de las personas asegurables.

## 3. RELACIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE CON EL CONTRATANTE

## 4. COBERTURAS

## 5. SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA

6. PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO EN EL PAGO DE LA PRIMA

NO

Sí \_\_\_\_\_

7. ¿EXISTE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE DEBA CONSIDERARSE COMO DETERMINANTE PARA APRECIAR LA POSIBILIDAD DE CÚMULOS DE PÉRDIDAS DERIVADOS DE LA OCURRENCIA SIMULTÁNEA DE SINIESTROS A VARIOS INTEGRANTES DEL GRUPO OCASIONADO EN FORMA DIRECTA POR LA ACTIVIDAD QUE REALICEN ÉSTOS?

\_\_\_\_\_

8. ¿EL OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO DE GRUPO ES EL DE GARANTIZAR PRESTACIONES U OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE?

NO

Sí explique \_\_\_\_\_

9. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ SER PRESENTADA POR EL CONTRATANTE JUNTO CON LA PRESENTE SOLICITUD DEL CONTRATO DE SEGURO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. AUTORIZACIÓN DEL CONTRATANTE

El contratante declara, que de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, acepta y firma de conformidad al calce, el llevar la administración de la Póliza, dando acceso a Skandia Vida a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo que se establece en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida, así como a los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

\_\_\_\_\_

Firma del Contratante



## Seguro de Vida de Grupo

NUMERO DE  
POLIZA:

### NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE

Calle y número  
Colonia  
C.P.  
Delegación/Municipio  
Ciudad/Población  
Entidad Federativa

### CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO

Criterio de Elegibilidad:  
Número Inicial de Personas que lo forman:  
Edad mínima:  
Edad máxima:  
Suma asegurada máxima individual sin requisitos de asegurabilidad:

### VIGENCIA

### SUMA ASEGURADA O REGLAS PARA DETERMINARLA

### COBERTURAS CONTRATADAS

### PRIMA

Renovación:  
Monto:  
Forma de pago:

### SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN

La Suma Asegurada que corresponde a la regla especificada conforme a lo establecido en esta póliza, será pagada a los Beneficiarios nombrados por el asegurado, conforme al Certificado Individual que al momento de la reclamación de un siniestro presenten los mismos. El pago se hará cuando se reciban pruebas de la realización del evento cubierto, siempre y cuando esta póliza y el Certificado Individual correspondiente se encuentren en vigor al ocurrir el siniestro.

EL ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO ESTABLECE "SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRA PEDIR LA RECTIFICACION CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA DIAS QUE SIGAN AL DIA EN QUE RECIBA LA POLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERAN ACEPTADAS LAS ESTIPUCLACIONES DE LA POLIZA O SUS MODIFICACIONES".

Lugar y Fecha: México DF a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
Skandia Vida, S.A. DE C.V.

FIRMA APODERADOS

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por el registro No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

## Consentimiento del Seguro de Vida de Grupo

### 1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

#### NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

dd mm aaaa  
 | | | | | | | | | |  
 FECHA DE NACIMIENTO

### 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA: \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARIOS

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje (%)
				dd	mm	aaaa		
1.	_____	_____	_____			_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____			_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____			_____	_____	_____

#### BENEFICIARIO IRREVOCABLE

	SÍ	NO	Firma de autorización como Irrevocable*
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

\*Sólo es necesaria la firma de los Beneficiarios elegidos como irrevocables.

**Advertencia A).** En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios durante la minoría de edad de ellos puede implicar legalmente que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

**Advertencia B).** En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 3. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro de vida de grupo de la que se deriva este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

## Certificado del Seguro de Vida de Grupo

Certificado No. \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Vigencia del Certificado \_\_\_\_\_ Vigencia de la Póliza \_\_\_\_\_

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

**DENOMINACIÓN O RAZON SOCIAL:** \_\_\_\_\_

### 2. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

#### NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

dd mm aaaa  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FECHA DE NACIMIENTO**

### 3. INFORMACIÓN DEL SEGURO

**SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA:** \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARIOS

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje (%)
				dd	mm	aaaa		
1.	_____	_____	_____				_____	_____
2.	_____	_____	_____				_____	_____
3.	_____	_____	_____				_____	_____

#### BENEFICIARIO IRREVOCABLE

	SÍ	NO	Firma de autorización como Irrevocable*
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

\*Sólo es necesaria la firma de los Beneficiarios elegidos como irrevocables.

**Advertencia A).** En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios durante la minoría de edad de ellos puede implicar legalmente que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

**Advertencia B).** En caso de que algún Beneficiario haya sido designado en forma irrevocable, el Asegurado habrá renunciado a su derecho de revocar su designación en términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 4. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**

**Skandia Vida, S.A. de C.V.**  
 \_\_\_\_\_  
**Representantes Legales**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.



## Certificado del Seguro de Vida de Grupo

### REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

[Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.]

### CONDICIONES GENERALES.

#### A CONTINUACIÓN SE TRANSCRIBEN ALGUNAS CLAUSULAS O PARTE DE ELLAS DE INTERÉS PARTICULAR PARA EL ASEGURADO.

##### Ingresos al Grupo Asegurado

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 bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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.

##### Bajas del Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

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.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

##### Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a Skandia, de acuerdo con la solicitud relativa, 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. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a Skandia para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Esta misma obligación tendrán los Asegurados que se incorporen con posterioridad al Grupo Asegurado y que no hayan dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo, así como los Asegurados cuya suma asegurada rebase la suma asegurada máxima individual.

##### Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios del seguro, notificando por escrito a la Compañía la nueva designación, o al Contratante, si el Contrato de Seguro es autoadministrado. En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento, quedando liberada 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 165 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.

...

##### 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 hábiles 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.

##### Comprobación del Siniestro

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

##### Residencia

Este Contrato de Seguro no podrá cubrir a personas residentes en los Estados Unidos de Norteamérica, Japón, Canadá o Australia. El cambio de residencia del Asegurado a cualquiera de dichos países durante la vigencia del Contrato de Seguro deberá ser notificado previamente a la Compañía y dará lugar a la cancelación del mismo.

La inexacta declaración respecto a la residencia del Asegurado en los países mencionados en el párrafo anterior, así como la omisión en la notificación previa del cambio de residencia del Asegurado a los mismos países, dará lugar a la aplicación de lo dispuesto en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones del presente Contrato de Seguro.