

Fecha de Alta del Certificado:

Fecha de Fin del Certificado: 31/10/2019

Fecha de Inicio y fin de vigencia de la Póliza: 01/11/2018 – 31/10/2019

Contratante	
Nombre o Razón Social	RFC
<b>COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA</b>	<b>CNE781229BK4</b>
Domicilio	
16 De Septiembre 147 Norte, Col. Lazaro Cardenas, Metepec, Estado De México, C.P. 52148	

Asegurado	
Nombre	RFC
Domicilio	Fecha de Nacimiento

Otorgo mi consentimiento de la manera más amplia para pertenecer a la Colectividad Asegurada en los términos de la Póliza de Seguro Colectivo solicitada a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. de acuerdo con la inscripción en el registro de asegurados.

Solicito que el Contratante me entregue la documentación contractual.

Estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual me sea entregada en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través mi correo electrónico.

Lo anterior en el entendido de que en términos de lo dispuesto en la fracción II del Artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades usted podrá solicitar a Pan-American México el Certificado correspondiente en cualquier momento.

**Coberturas**

**Nacional/Internacional**

**Moneda Nacional/Dólares**

Cobertura	Suma Asegurada o Regla para Determinarla	Deducible	Periodo de Espera
Indemnización por muerte accidental	\$550,000.00	No aplica	No aplica
Pérdidas Orgánicas Escala B	\$550,000.00	No aplica	No aplica
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	\$225,000.00	No aplica	No aplica
Gastos Funerarios	\$75,000.00	No aplica	No aplica
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	\$400.00	No aplica	No aplica

**Designación de Beneficiarios**

Designo como mis beneficiarios para que, en su caso, reciban la indemnización correspondiente a las siguientes personas.

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Porcentaje

En caso de requerir más espacio, favor de anexar una hoja adicional.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar 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, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en su contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante del seguro el importe del Saldo Insoluto. Para fines de lo anterior, el Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado  
 (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

  
 \_\_\_\_\_  
 Funcionario Autorizado

**Transcripción que corresponde del 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 asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la 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. **Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, 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 cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: I. Para la operación de vida, la Compañía a tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo 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 Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo 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 Compañía, 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 Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. La Compañía deberá operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.*

#### **DATOS DE CONTACTO**

Para atención al Asegurado sobre Administración de la Póliza: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472544 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: [emisionmex@palig.com](mailto:emisionmex@palig.com)

Para atención al Asegurado sobre Siniestros: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472546 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)

Para acceso a la unidad especializada de la Compañía: CDMX (52 55) 50472504 y larga distancia: 01800 212 5577 de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas. Correo Electrónico: [une@palig.com](mailto:une@palig.com);

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México. C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx). Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx/index.php>.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

#### **DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS**

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a)** Solicitar a los Agentes o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales;
- b)** Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF;
- c)** Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a)** Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b)** Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas;
- c)** Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

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 21 de Octubre de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016 / CONDUSEF-001918-01.

