

**COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDA DE INGRESO POR
INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL SEGUBECA (PII)
CONDICIONES GENERALES**

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:
Ingreso Anual Comprobado:

COBERTURA

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhiere esta Cobertura Adicional, la Institución conviene que, en caso de que el Asegurado sufra alguna enfermedad o accidente que le produzca una Invalidez Total y Temporal, según se define en el presente, pagará mensualmente un monto equivalente al Ingreso Mensual No Percibido, durante el lapso que dure dicha Invalidez, siempre que esta Cobertura y la Póliza a la cual se adhiere se encuentren vigentes y se cumplan los términos y condiciones que se detallan en esta Cobertura.

DEFINICIONES

Invalidez Total y Temporal

Para efectos de esta Cobertura se entiende por Invalidez Total y Temporal aquella que sufre el Asegurado cuando:

Categoría 1 (Trabajador Asalariado): Estando en una relación de trabajo en la que preste un trabajo personal subordinado mediante el pago de un salario y se encuentre dado de alta en algún Instituto de Seguridad Social, quede inválido a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, para desarrollar de manera total, el trabajo que se encontraba desarrollando al momento de sufrir dicha Invalidez por un periodo de al menos tres meses continuos, considerados a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Temporal, según lo establecido en el rubro Presentación de Reclamación de la presente Cobertura.

O en su caso:

Categoría 2 (Prestador Independiente de Servicios): Siendo Prestador Independiente de Servicios vea disminuida alguna de las funciones que se describen en la Lista A – Funciones, o se encuentre impedido para realizar al menos tres actividades de la Lista B – Actividades, por un periodo de al menos tres meses sin interrupción, a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Temporal, según lo establecido en el rubro Presentación de Reclamación de la presente Cobertura.

Lista A – Funciones

Visión: El Asegurado sufre una reducción clínicamente comprobada de la vista, no pudiendo ser mejorada con la ayuda de lentes, de acuerdo con la siguiente definición:

La agudeza visual en el mejor de los dos ojos y con la ayuda de medios auxiliares:

- a) No es mayor a 1/50 o
- b) No es mayor a 1/35, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos a 30 grados, o
- c) No es mayor a 1/20, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos a 15 grados, o
- d) No es mayor a 1/10, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos 10 grados, o
- e) Es mayor a 1/10 o completa, siempre y cuando el campo visual de ese ojo no sea mayor a 5 grados.

Habla: El Asegurado es incapaz de formular cualquier palabra de manera comprensible debido al daño ya sea del sistema nervioso central o del aparato del habla (laringe, cuerdas vocales, lengua).

Audición: El Asegurado ha perdido la capacidad auditiva para todos los estímulos auditivos debajo de 90 decibeles. No se pagará el Beneficio del Seguro si de acuerdo con la opinión médica general, la pérdida auditiva puede ser recuperada con aparatos de sordera o algún otro dispositivo auxiliar externo adecuado, cuando se encuentren al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Lista B – Actividades

Utilización de las manos: El Asegurado no es capaz con ninguna de las manos de utilizar un lápiz, introducir una llave en una cerradura, levantar un lápiz del piso o hacer un puño reteniendo por lo menos un peso de 250 gramos.

Movimiento de los brazos: El Asegurado no es capaz de mover las dos manos y tocar al mismo tiempo la parte trasera de su cuello. El Asegurado tampoco es capaz de mover los brazos y tocar con las dos manos la parte inferior de su espalda. Alternativamente, el Asegurado no es capaz de mover lateralmente y al mismo tiempo los brazos manteniéndolos completamente abiertos a la altura de sus hombros, moverlos hacia el frente, mantenerlos completamente abiertos a la altura de sus hombros y girar los dos brazos hacia adentro y hacia afuera.

Subir escaleras: El Asegurado no es capaz de subir o bajar por su propia cuenta, aún con la ayuda de los dispositivos auxiliares necesarios, 12 escalones, sin hacer una pausa mayor a un minuto. La altura del escalón no debe exceder los 18 centímetros.

Caminar: El Asegurado no es capaz de recorrer por su propia cuenta, aún con los dispositivos auxiliares necesarios, una distancia de 200 metros en un terreno plano, sin pararse, sostenerse y/o sentarse. El tiempo de recorrido no debe durar más de 15 minutos.

Arrodillarse y agacharse: El Asegurado no es capaz de arrodillarse o agacharse por su propia fuerza a tal grado que sea capaz de levantar un objeto ligero del piso y posteriormente volverse a enderezar.

Ingreso Anual Bruto Comprobado

Se entenderá por Ingreso Anual Bruto Comprobado al mínimo entre el Ingreso:

- i. Declarado y comprobado en Moneda Nacional al reclamar el siniestro a la Institución, o el
- ii. Declarado y comprobado en Moneda Nacional al momento de contratación de la Cobertura.

Si el Asegurado fuera un Trabajador Asalariado, el Ingreso Anual Bruto deberá incluir los impuestos aplicables. Si el Asegurado fuera un Prestador Independiente de Servicios la comprobación de los ingresos anuales se hará a través de la declaración anual de impuestos o a través de estados de cuenta bancarios.

Por anual se entenderá el salario bruto percibido durante los doce meses anteriores a la ocurrencia del siniestro o al momento de la contratación de la Cobertura, según corresponda.

Ingreso Mensual No Percibido

Por Ingreso Mensual No Percibido se entenderá como el monto anual que el Asegurado dejará de percibir por su trabajo dividido entre doce mensualidades, considerando como ingreso máximo el 90% del Ingreso Anual Bruto Comprobado.

En caso de que el Asegurado se encuentre dado de alta en algún Instituto de Seguridad Social y por parte de éste reciba una pensión o equivalente por estado de Invalidez, dicha pensión o equivalente será considerada para determinar el monto del Ingreso Mensual No Percibido, restando dicha pensión o equivalente al monto del Ingreso Mensual No Percibido y la diferencia conformará el Beneficio a pagar bajo esta Cobertura.

Para determinar el importe del Beneficio, se utilizará el Ingreso Mensual No Percibido expresado en moneda Póliza al tipo de cambio vigente a la fecha de la declaración de la Invalidez Total y Temporal.

Prestador Independiente de Servicios

Se entenderá por Prestador Independiente de Servicios aquél que perciba ingresos como consecuencia de la prestación de sus servicios retribuidos por cuenta propia mediante contratos distintos al laboral.

PRIMA

El periodo de pago de Primas será el estipulado en la carátula de la Póliza a la cual se agrega la presente Cobertura.

Al renovarse esta Cobertura Adicional, se calculará la Prima de acuerdo con la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la edad real alcanzada del Asegurado en ese momento.

El Contratante no quedará exento de la obligación del pago de Primas relativas a la presente Cobertura aun cuando el Asegurado se encuentre en un estado de Invalidez Total y Temporal y se encuentre recibiendo los Beneficios mencionados en esta Cobertura.

PERIODO DE CARENCIA

Se define como el periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de este Cobertura Adicional el cual será de seis meses.

PERIODO DE ESPERA

Periodo durante el cual el Asegurado deberá mantener de manera continua un estado de Invalidez Total y Temporal. Este periodo será de tres meses ininterrumpidos, contados a partir de la fecha de primer diagnóstico.

PAGO DEL BENEFICIO

La Institución pagará al Asegurado mensualmente el monto que corresponda según la definición Ingreso Mensual No Percibido en caso de que el Asegurado sufra alguna enfermedad o accidente que le produzca una Invalidez Total y Temporal, según los rubros Definiciones: Invalidez Total y Temporal y Presentación de Reclamación; durante el tiempo que el Asegurado se encuentre en estado de Invalidez Total y Temporal, sin exceder el Beneficio máximo otorgado de doce mensualidades por la misma causa, diagnóstico o enfermedad; y, una vez transcurrido el Periodo de Espera y el Periodo de Carencia; todo lo anterior siempre y cuando la Invalidez Total y Temporal ocurra durante la vigencia de la Cobertura y la Póliza a la cual se adhiere, y se cumplan los requisitos estipulados en la presente Cobertura.

SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima de pago que asume La Institución para esta Cobertura, en los términos y condiciones pactados en la presente Cobertura Adicional.

LÍMITES DE EDAD

Para efectos de esta Cobertura Adicional se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Contratación o Renovación del Beneficio.

Los límites de admisión fijados por la Institución son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 50 (cincuenta) años como máximo.

El límite de renovación fijado por La Institución es de 59 (cincuenta y nueve) años como edad máxima.

CONDICIONES PARTICULARES

El presente Beneficio estará sujeto a las siguientes características:

- El Beneficio se pagará por un máximo de doce meses, ya sea, doce meses continuos ininterrumpidos o en distintos periodos siempre y cuando se trate del mismo evento que le dio origen según lo establecido en el rubro Continuidad del Beneficio.
- Una vez que el periodo de espera indicado en esta Cobertura Adicional haya transcurrido, el Beneficio será pagado en forma retroactiva al día de emisión del Dictamen de Invalidez Total y Temporal, siempre que la Institución haya determinado la procedencia de la reclamación.
- Las mensualidades serán pagaderas en el domicilio de la Institución, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes calendario.
- El pago del Beneficio se suspenderá automáticamente:
 - a) si el Asegurado deja de estar en un estado de Invalidez Total y Temporal a juicio del médico que designe la Institución.
 - b) si el Contratante deja de pagar las Primas que correspondan.
 - c) si termina la vigencia de la presente Cobertura.
 - d) si el Beneficio máximo otorgado de doce mensualidades ya hubiere sido pagado al Asegurado por la misma causa, diagnóstico o enfermedad.
 - e) si el Asegurado fallece durante el plazo en que se encuentre recibiendo el Beneficio comprendido en esta Cobertura.
 - f) si terminara la vigencia de la Póliza a la cual se adjunta la presente Cobertura.
 - g) cualquier otra causa mencionada en la presente Cobertura o en las condiciones generales de la



Póliza a la cual se adjunta la presente Cobertura.

MODIFICACIONES SALARIALES

En caso de modificaciones salariales que tengan una variación superior al 10% durante la vigencia de esta Cobertura, el Asegurado se obliga a dar aviso por escrito a la Institución, dentro de los noventa días siguientes a que haya ocurrido la modificación, para que ésta valore el riesgo y dé a conocer al Asegurado bajo qué condiciones estaría dispuesta a seguir aceptando el riesgo (ajuste de Primas y Suma Asegurada). Si el Asegurado aceptara las nuevas condiciones propuestas por la Institución, la Cobertura continuará vigente según lo establecido en la oferta de la Institución y la presente Cobertura. En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con las nuevas condiciones, el Asegurado podrá optar por: a) cancelar esta Cobertura y recibir de la Institución la Prima no devengada que corresponda, o b) sólo en caso de que la modificación salarial fuera un incremento del mismo: dejar el salario existente antes de la modificación aplicando el Beneficio que a dicho salario corresponda, según lo establecido en la presente Cobertura.

CAMBIO DE OCUPACIÓN

En caso de que el Asegurado cambie la ocupación declarada en la solicitud inicial durante la vigencia de esta Cobertura, el Asegurado se obliga a dar aviso por escrito a la Institución, dentro de los noventa días siguientes a que haya ocurrido el cambio, para que ésta valore el riesgo y dé a conocer al Asegurado bajo qué condiciones estaría dispuesta a seguir aceptando el riesgo. Si el Asegurado aceptara las nuevas condiciones propuestas por la Institución, la Cobertura continuará otorgándose según lo establecido en la oferta de la Institución y la presente Cobertura.

En caso de que, durante la Vigencia de esta Cobertura el Asegurado no hubiese reportado a la Institución Modificaciones Salariales o Cambios de Ocupación, se estará a lo dispuesto en las Cláusulas Ingreso Anual Bruto Comprobado e Ingreso Mensual No Percibido de la presente Cobertura, en caso de sufrir una Invalidez Total y Temporal.

VIGENCIA

La presente Cobertura tiene una vigencia de un año contado a partir de su fecha de emisión establecida en la carátula de la Póliza.

RENOVACIÓN

La presente Cobertura adicional se renovará automáticamente en cada aniversario de la Póliza cuando la edad real alcanzada del Asegurado, al momento de su renovación no rebase la edad indicada en el límite de renovación fijado por la Institución dentro del rubro Límites de Edad.

CONTINUIDAD DEL BENEFICIO

Si el Asegurado recupera su capacidad de trabajo y vuelve a sufrir una Invalidez Total y Temporal por la misma causa o derivada de ésta, dentro de un periodo no mayor a seis meses contados desde el momento de la recuperación, la Institución continuará con el pago de mensualidades iguales y consecutivas mientras continúe la Invalidez Total y Temporal, sin exceder un total de doce mensualidades como Beneficio por la Invalidez Total y Temporal.

No obstante, si el Asegurado recupera su capacidad de trabajo y vuelve a sufrir una Invalidez Total y Temporal por la misma causa o derivada de ésta, con posterioridad a seis meses contados desde el momento de su recuperación ya no se continuará con el pago de las mensualidades pendientes.

OTORGAMIENTO DE UN NUEVO BENEFICIO

Sólo se otorgará un nuevo Beneficio siempre que el estado de Invalidez Total y Temporal sea declarado con posterioridad a tres meses de que haya concluido el pago del Beneficio anterior y que no se trate de la Invalidez Total y Temporal del mismo órgano o Evento.

La Invalidez Total y Temporal por la misma causa o derivada de ésta será considerada como un mismo Evento. Por Evento el máximo Beneficio a pagar será de doce (12) meses según lo establecido en los rubros Definiciones, Ingreso Mensual No Percibido, Pago del Beneficio, Condiciones Particulares, Continuidad del Beneficio y Otorgamiento de un Nuevo Beneficio.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

En caso de Invalidez Total y Temporal, el Asegurado o su representante legal deberá presentar las siguientes pruebas para comprobar la procedencia de la reclamación:

1. Original de la Póliza, sólo si la tuviera
2. Último recibo de pago de la póliza, sólo si lo tuviera
3. Acta de nacimiento del Asegurado

4. Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (en caso de accidente del Asegurado)
5. Identificación oficial vigente del Asegurado
6. Comprobante de domicilio del Asegurado
7. Original y copia del documento del Instituto de Seguridad Social en el que conste la Invalidez Total y Temporal del Asegurado, cuando el Asegurado se encuentre inscrito y dado de alta en algún Instituto de Seguridad Social.
8. Dictamen de Invalidez Total y Temporal del Asegurado emitido por médico especialista con cédula profesional en especialidad de medicina del trabajo, cuando el asegurado no se encuentre inscrito en algún Instituto de Seguridad Social.
9. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar el estado de Invalidez Total y Temporal del Asegurado
10. Últimos (tres) 3 meses de recibos de nómina o última declaración anual del Asegurado ante el SAT, si el Asegurado pertenece a la Categoría 1 del rubro Definiciones (Trabajador Asalariado).
11. Última declaración anual del Asegurado ante el SAT o últimos doce (12) estados de cuenta mensuales bancarios del Asegurado, si el Asegurado pertenece a la Categoría 2 del rubro Definiciones (Prestador Independiente de Servicios)

Una copia de estos documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Institución a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del estado de Invalidez Total y Temporal. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación resultante de esta Cobertura.

En caso de que la Institución determine la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en el dictamen emitido por un Médico Especialista en la materia.

De existir controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Temporal del Asegurado, la reclamación será sometida a la evaluación de un Médico Especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente sugeridos por la Institución para estos efectos y en caso de

corroborarse el estado de Invalidez Total y Temporal, la Institución pagará el Beneficio que corresponda, en los términos del contrato de Seguro y la presente Cobertura.

No obstante, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su ocurrencia y las consecuencias del mismo.

EXCLUSIONES

Esta Cobertura no ampara la Invalidez Total y Permanente del Asegurado si es resultado directo de:

1. Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
2. Lesiones que el Asegurado sufra por participar activamente en riñas o en la comisión de actos delictivos intencionales.
3. Lesiones o enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de desempeñar actividades de tipo militar, de seguridad o vigilancia.
4. Hechos o actos del Asegurado, si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.
5. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.
6. Lesiones o enfermedades cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza, que por su naturaleza no puedan pasar inadvertidos a los sentidos o que hayan sido diagnosticadas por un médico.
7. Diabetes, si se presenta durante los tres

primeros años de vigencia ininterrumpida de la presente Póliza.

8. Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.
9. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
10. Al participar como piloto o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad.
11. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado viaje en motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, u otros vehículos similares de motor.
12. Practicar paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas; salvo que el accidente ocurra con motivo de la práctica vacacional de éstas, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado. La práctica vacacional de deportes o actividades peligrosas deberá ocurrir en un destino vacacional, fuera del lugar de residencia del Asegurado o a más de 50

kilómetros del centro de la población de residencia permanente del Asegurado.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura de este Beneficio terminará de manera automática al culminar el periodo de Cobertura estipulado en la Carátula de la Póliza, a la terminación del Beneficio Básico al que se adhiere, o bien, al aniversario posterior al cumplir la edad indicada en el límite de renovación fijado por la Institución dentro del rubro Límites de Edad de la presente Cobertura Adicional.

Para lo no previsto en esta Cobertura serán aplicables en lo conducente, todos los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual se agrega.

Sin embargo, en caso de discrepancia entre lo dispuesto en la presente Cobertura y las Condiciones Generales de la Póliza, prevalecerá lo estipulado en la presente.

SIN VALOR

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 15 de julio de 2022, con el número BADI-S0038-0027-2022/CONDUSEF-G-01447-001.