

**INTRODUCCIÓN****¿Qué beneficios me ofrece esta póliza?**

Si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto se viera incapacitado para realizar todas las actividades propias de su trabajo y se encontrare hospitalizado por prescripción médica en una clínica u hospital, la compañía pagará, mientras subsista la incapacidad y hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en la carátula de la póliza siempre y cuando el asegurado esté hospitalizado por más de veinticuatro horas.

El pago de la indemnización iniciará a partir del segundo día y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días, quedando excluido de este beneficio el primer día de hospitalización.

**DEFINICIONES**

En esta póliza establecemos los siguientes conceptos:

Usted o ustedes	Es el asegurado, titular, o sus dependientes
Su y sus	Son del asegurado, titular, o sus dependientes
Compañía, nosotros	Somos Seguros Inbursa, S.A.
Nuestra(s) y nuestro(s)	Son de Seguros Inbursa, S.A.

**¿Qué debo entender por fecha inicial de la vigencia en la póliza?**

Para los asegurados iniciales es la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza. A partir de esta fecha se determinará la antigüedad de cada asegurado, siempre y cuando se renueve con vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Para las altas posteriores es la fecha en que sean aceptados por Seguros Inbursa.

**¿Qué debo entender por accidente?**

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que ocurra durante la vigencia de la póliza para cada asegurado, y que le produzca la muerte o lesiones corporales. Por lo tanto, no se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por usted mismo.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

**¿Y por enfermedad?**

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos, de origen interno o externo, con relación al organismo. Son materia de esta póliza solamente las enfermedades que se manifiesten treinta días después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza para cada asegurado, que ameriten tratamiento médico o quirúrgico y que no se encuentren excluidas en esta póliza.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

**¿Qué entiendo por hospitalización?**

Para efectos de esta póliza es la estancia continua mayor a veinticuatro horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para el padecimiento cubierto, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

**¿Qué entiendo por indemnización?**

Es el monto que pagaremos de acuerdo al número de días que usted permanezca hospitalizado y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

**¿Que entiendo por padecimiento y/o enfermedad preexistente?**

Para efectos de esta póliza, padecimiento y/o enfermedad preexistente es aquella que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate.

La Compañía solo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula denominada Arbitraje Médico.

Si usted(es) se sometió(eron) a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrá aplicársele(s) las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le(s) haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.

**¿Qué debo entender por contratante?**

Es la persona física o moral, indicada en la carátula, responsable ante nosotros de pagar la prima del seguro.

**¿Quiénes son los asegurados?**

Son el titular de la póliza y sus dependientes económicos, incluidos y aceptados en esta póliza.

**¿Quiénes son los dependientes económicos?**

Son el cónyuge y sus dependientes económicos mayores a 12 años y menores a 25 años que no perciban ingresos por trabajo propio.

**¿Qué se entiende por clínica y/o hospital?**

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados las veinticuatro horas del día.

**ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA**

Las indemnizaciones procedentes se pagarán con la póliza vigente y de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de dicha póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Cuando la hospitalización sea a consecuencia de: Padecimientos de nariz o senos paranasales (independientemente de que se trate de un accidente o enfermedad), amigdalitis, amigdalectomía, adenoiditis, adenoidectomía, eventraciones, hernioplastias, hemorroidectomías, cualquier padecimiento anorectal, colecistitis, colecistectomía, insuficiencia venosa, várices de miembros inferiores, cataratas, hallus valgus (juanetes), litotripsias, cálculos del aparato genito-urinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico; la indemnización estará cubierta después del primer año de inicio de vigencia de esta póliza para cada asegurado.

Cuando la hospitalización sea a consecuencia de: Tratamientos de prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis, padecimientos ginecológicos, o cualquier afección de la columna vertebral independientemente de que la causa sea por enfermedad o accidente; la indemnización estará cubierta después del segundo año de vigencia de esta póliza para cada asegurado.

**EXCLUSIONES**

**¿Existe algún caso por lo que se excluya el pago de mi indemnización?**

**El contrato de seguro contenido en esta póliza excluye el pago de la indemnización cuando la hospitalización sea a consecuencia de:**

- 1) Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de su estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
- 2) Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, o miopía.**
- 3) Tratamientos dentales, alveolares, o gingivales cualquiera que sea su naturaleza y origen.**
- 4) Trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, estrés, neurosis o psicosis, bulimia, anorexia, y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje, o de aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, enfermedades del sueño, roncopatías, y uvulopalatoplastias, independientemente del origen de ésta.**
- 5) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas**

**que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la póliza para cada asegurado.**

- 6) Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
- 7) Tratamientos experimentales.**
- 8) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de infertilidad, esterilidad, o control de la natalidad.**
- 9) Aborto, independientemente que sea como consecuencia de un accidente o enfermedad.**
- 10) Afecciones propias del embarazo, cesárea, partos prematuros o partos normales o anormales, toda complicación del parto o puerperio y legrados cualquiera que sea su causa, excepto cuando la reclamación sea a consecuencia de un embarazo ectópico y que el embarazo haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza para la asegurada.**
- 11) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, o tabaquismo.**
- 12) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.**
- 13) Padecimientos preexistentes.**
- 14) Intento de suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 15) Enfermedades o accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero, o similares, excepto si fueron prescritos por un médico o por culpa grave del asegurado encontrándose éste bajo los efectos del alcohol.**
- 16) Accidentes o enfermedades que sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, riña, siempre que usted sea el provocador, o actos delictuosos intencionales en los cuales usted participe directamente.**
- 17) Accidentes que sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad.**
- 18) La práctica profesional de cualquier deporte.**
- 19) Lesiones que sufra cuando viaje como piloto, mecánico, o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.**
- 20) Tratamientos por problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular,**

**desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.**

**21) Tratamiento médico o quirúrgico así como sus complicaciones derivadas de la impotencia o disfunción sexual.**

**22) Que el asegurado ingrese al hospital en calidad de donador de algún órgano.**

**23) Cuando la hospitalización se efectúe en una institución de seguridad social.**

#### **CLÁUSULAS GENERALES**

##### **Siniestros**

**¿Qué procedimiento debo seguir para presentar mi reclamación?**

*Es su obligación avisarnos, por escrito, en el curso de los primeros cinco días siguientes a cualquier accidente o enfermedad, que pueda ser motivo de indemnización.*

*En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro.*

**¿Qué documentos debo presentar al efectuar mi reclamación?**

*Usted deberá presentar las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales del hospital que hagan constar los días de hospitalización.*

*La compañía podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones, la inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado el asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. La compañía tiene el derecho, en caso de incapacidad del asegurado para el trabajo, de verificar dicho estado siempre que lo juzgue conveniente, y al asegurado corresponde la obligación de presentar los documentos que avalen la incapacidad y en su caso someterse a los exámenes requeridos por la compañía para este objeto, entendiéndose que la negativa del asegurado autoriza a la compañía para rechazar la reclamación por ese sólo hecho a partir de la fecha de dicha negativa, circunstancia que la compañía le participará por escrito.*

**¿En cuánto tiempo se pagarán las indemnizaciones reclamadas por reembolso?**

*Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los treinta días siguientes a la fecha en que recibamos los documentos e informes que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

**¿Se requiere presentar alguna identificación al efectuar la reclamación?**

*Se solicitará una identificación oficial con fotografía. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga el titular.*

**¿A quién se le pagará la indemnización?**

*Todas las indemnizaciones cubiertas por la compañía serán liquidadas a usted o a su representante legal.*

##### **Moneda**

**¿En qué moneda debo efectuar el pago de las primas?**

*El pago de la prima a que haya lugar por esta póliza, es exigible en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago, quedando pactado que el lugar para efectuar el pago será el de nuestras oficinas.*

**¿El pago de indemnizaciones también será en moneda nacional?**

*La aseguradora pagará la indemnización correspondiente en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en los términos de la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos. Los gastos erogados en el extranjero serán reembolsados en el equivalente en moneda nacional en la fecha en que se erogaron dichos gastos.*

##### **Edad**

**¿Cuáles son los límites de edad de admisión?**

*La compañía solamente podrá aceptar el ingreso a esta póliza a personas de hasta sesenta años de edad.*

### **En caso de inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, ¿qué sucede?**

**A)** Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de su edad y que dicha edad al tiempo de la celebración del contrato estaba fuera de los límites de admisión, los beneficios de ésta póliza quedarán rescindidos. En este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

**B)** Si a consecuencia de la inexacta declaración de su edad se hubiere estado pagando una prima mayor, nosotros estaremos obligados a reembolsar al contratante 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.

**C)** Si a consecuencia de la inexacta declaración de su edad, usted estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería por su edad real, nuestra obligación se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la que correspondería de acuerdo a su edad en la fecha de celebración del contrato.

**D)** Nos reservamos el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de cualquier asegurado, en cuyo caso, se anotará en la póliza y se le extenderá un comprobante. No podremos exigir nueva prueba al pagar el siniestro.

### **Alta de asegurados**

El cónyuge y los hijos del asegurado titular, podrán ser dados de alta dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de esta póliza, para tal efecto deberá hacerse la notificación por escrito y acompañada de la documentación que compruebe el parentesco con el asegurado titular. Si la notificación se hace fuera de los treinta días, el alta quedará condicionada a la previa aceptación por parte de la institución.

### **Primas**

La forma de pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de la póliza.

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida. No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente a cada periodo de pago anual o, en caso de que la forma de pago sea fraccionada, a partir de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo expedido por la Compañía.

Si el contratante no liquida la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término.

El contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de la póliza, o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o Asegurado tengan original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar de los asegurados el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

### **Renovación**

#### **¿Mi póliza se renovará automáticamente?**

Esta póliza se considerará renovada, por periodos de un año, si dentro de los últimos sesenta días de vigencia de cada periodo anual, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de no renovarla.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo, extendido en las formas usuales, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

### **Contrato**

#### **¿Qué documentos forman mi contrato de seguro?**

Sus declaraciones proporcionadas por escrito en la solicitud de seguro, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, y sus endosos sus endosos constituyen testimonio del contrato del seguro celebrado entre la compañía y el asegurado.

«Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones» (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

### **¿Qué debo hacer para efectuar modificaciones a mi póliza?**

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre usted y nosotros y se harán constar mediante cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por nosotros carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

### **Omisiones o inexactas declaraciones**

#### **Si por alguna razón mis declaraciones son incompletas o falsas, ¿cómo procederán ustedes?**

Usted está obligado a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

### **Comunicaciones**

#### **En el caso de que tenga que comunicarles algo con respecto a mi seguro, ¿a dónde me dirijo?**

Cualquier notificación relacionada con esta póliza deberá hacerse por escrito, precisamente en nuestro domicilio, el cual se indica en la carátula.

#### **En el caso de que ustedes tengan que comunicarme algo acerca de mi seguro, ¿a dónde lo harán?**

Cualquier comunicación nuestra le será enviada al último domicilio del cual tengamos conocimiento.

### **Competencia**

#### **En caso de controversia, ¿quién podrá resolver la misma?**

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que deberá hacer dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta Institución de Seguros a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

#### **¿Como se resolverá una improcedencia para el caso de padecimientos y/o enfermedades preexistentes?**

En caso de desacuerdo entre Usted(es) y la Compañía respecto de si un padecimiento y/o enfermedad es preexistente o no, Usted(es) podrá(n) acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán dos, uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser perito médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro, o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de Nosotros.

Si Usted(es) optó(aron) por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a Usted(es) no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que Usted(es) acepta(n) la determinación de Nosotros respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual

no significa aceptación de la reclamación por parte de Nosotros, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

### **Prescripción**

#### **¿Tiene alguna prescripción esta póliza?**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

### **Indemnización por Mora**

#### **En caso de que la compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización o capital, ¿qué sucede?**

Si la compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

### **Revelación de Comisiones**

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.