



Condiciones Generales



Del Seguro

Vidatel Telmex

Índice

Capítulo 1. Definiciones.	1
Capítulo 2. Coberturas.	4
2.1 Muerte Accidental.	4
2.1.1 Características.	4
2.1.2 Exclusiones.	4
2.2 Repatriación.	6
2.3 Inburmedic Quirúrgico 10.	6
2.3.1 Características.	6
2.3.2 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos.	7
2.3.2.1 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 30 días.	7
2.3.2.2 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 60 días.	7
2.3.2.3 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 1 año.	8
2.3.3 Límites.	8
2.3.4 Exclusiones.	9
2.4 Ambulancia (Emergencia Médica).	10
2.4.1 Características.	10
2.4.2 Deducible.	10

2.4.3 Límites.	10
2.4.4 Exclusiones.	10
2.5 Exclusión Aplicable a Todas las Coberturas.	11
Capítulo 3. Servicios de Asistencia.	12
3.1 Asistencia de Emergencia en el Hogar.	12
3.1.1 Territorialidad.	12
3.1.2 Características.	12
3.1.3 Deducible.	15
3.1.4 Límites.	16
3.1.5 Obligaciones del Asegurado titular y/o familiar(es).	16
3.1.6 Exclusiones.	16
3.2 Asistencia Nutricional.	18
3.2.1 Territorialidad.	18
3.2.2 Características.	18
3.2.3 Deducible.	18
3.2.4 Límites.	19
3.2.5 Obligaciones del Asegurado titular.	19
3.2.6 Exclusión.	19
Capítulo 4. Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles.	19
Capítulo 5. Cláusulas Generales.	20
5.1 Beneficiario.	20
5.2 Edad.	21
5.3 Primas.	22
5.4 Rehabilitación.	23
5.5 Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave.	23
5.6 Procedimiento de Altas.	23
5.7 Principio y Término de Vigencia.	24
5.8 Terminación Anticipada del Contrato.	24
5.9 Límite Territorial.	25

5.10 Moneda.	25
5.11 Cambios.	26
5.12 Comunicaciones.	26
5.13 Competencia.	26
5.14 Arbitraje Médico.	27
5.15 Prescripción.	28
5.16 Lugar y pago de indemnización.	29
5.17 Interés Moratorio.	29
5.18 Facultad de Designación de Prestadores de Servicios.	32
5.19 Relativa al Derecho de los Contratantes de Conocer la Comisión o Compensación Directa que le Corresponda al Intermediario o Persona Moral.	32
5.20 Procedimientos y Medidas en caso de Siniestro.	33
5.20.1 Aviso.	33
5.20.2 Documentos, datos e informes que el Asegurado titular y/o el (los) Beneficiario(s), debe(n) rendir a la Compañía.	33
5.20.3 Cobertura por Muerte Accidental.	33
5.20.4 Cobertura Inburmedic Quirúrgico 10.	34
5.21 Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado titular y/o la Compañía, derivados de la contratación de este seguro.	36
ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.	37

Capítulo 1. Definiciones.

Siempre que se utilicen dentro de estas Condiciones Generales los términos definidos a continuación, tendrán el significado que enseguida se les atribuye:

Accidente.

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales o la muerte, siempre que el fallecimiento o las lesiones ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del acontecimiento.

Accidente Cubierto.

Se considerará como tal, a aquel Accidente que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza.

Asegurado titular.

Se considerará como el Asegurado titular para efectos de esta póliza, al titular de la línea telefónica residencial o a la persona que éste designe ante la Compañía, salvo que el usuario de la línea telefónica no sea el titular de la misma, caso en el cual el Asegurado titular será dicho usuario o la persona que éste designe ante la Compañía, siempre y cuando habite permanentemente en el domicilio donde esté instalada la línea telefónica.

Aseguradora, Compañía o Institución.

Seguros Inbursa, S.A.

Consentimiento.

La persona que desee adquirir esta póliza deberá manifestar su voluntad mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo los medios de identificación y aceptación). El uso de los medios de identificación y aceptación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás aplicables del Código Civil Federal.

Respecto al uso de los medios de identificación y aceptación, se establece lo siguiente:

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de los medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del Consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El solicitante se identificará con su nombre completo, su número telefónico, el domicilio donde se encuentra instalada la línea telefónica y su fecha de nacimiento y/o Registro Federal de Contribuyentes, por lo que será responsable de proporcionarlos correctamente para estar en posibilidades de contratar esta póliza.
- III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado titular será la carátula de la póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.

Contratante.

Se considerará como Contratante para efectos de esta póliza, al titular de la línea telefónica residencial.

Enfermedad.

Cualquier alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite Tratamiento Quirúrgico.

Condiciones Generales

Vidatel Telmex

Se consideraran dentro de una misma Enfermedad todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del Tratamiento Quirúrgico de dicha Enfermedad.

Hospital.

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta las 24 (veinticuatro) horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y con enfermeros. Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización.

Estancia continúa en un Hospital siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable, para el Tratamiento Quirúrgico de una Enfermedad. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Médico.

Es la persona física que ejerce la medicina, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser Médico general o Médico especialista.

Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente.

Para efectos de esta póliza, Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente es aquel 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 o 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) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo 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 se han hecho gastos para que el Asegurado reciba 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 5.14 de esta póliza, denominada "Arbitraje Médico".

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele 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 haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, por evento, y está señalada en la carátula de esta póliza.

Tratamiento Quirúrgico.

Todo procedimiento y/o intervención realizada por Médicos especialistas, cuya finalidad sea curar o aliviar una Enfermedad a través de una cirugía.

Capítulo 2. Coberturas.

2.1 Muerte Accidental.

2.1.1 Características.

Si durante la vigencia de esta póliza a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado titular, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus Beneficiarios la Suma Asegurada que corresponda según lo establecido en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles".

2.1.2 Exclusiones.

Esta cobertura no surtirá efecto en aquellos casos en que la muerte del Asegurado titular sobrevenga como consecuencia de:

a) Riñas, siempre que el Asegurado titular sea el provocador.

- b) Su participación en actos delictivos intencionales y suicidio.**
- c) Prestar servicio militar de cualquier clase.**
- d) Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado titular.**
- e) Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un Médico o usados en forma distinta a su prescripción.**
- f) El uso de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- g) Que participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) El uso de motocicletas, motonetas y acuamotos.**
- i) La participación directa en eventos de alpinismo, buceo, paracaidismo o tauromaquia.**
- j) Realizar funciones como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.**
- k) Envenenamiento o intoxicación de cualquier origen o naturaleza, excepto que resulten de un Accidente Cubierto.**

l) Reacciones o radiaciones nucleares, atómicas o ionizantes procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la contaminación radioactiva o de combustibles nucleares.

m) El ejercicio de las actividades propias de su trabajo, profesión u oficio.

2.2 Repatriación.

En caso de fallecimiento del Asegurado titular cuando se encuentre viajando en cualquier país del extranjero, la Compañía realizará, con límite de la Suma Asegurada señalada en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles", los trámites administrativos y legales necesarios para la repatriación del cuerpo hasta el lugar de inhumación, o bien para el traslado de las cenizas al país de su residencia permanente o, a petición de la familia, para la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, siempre y cuando la muerte sea a consecuencia de un Accidente Cubierto. En caso de que los gastos por los trámites y gestiones antes señalados sean menores a la Suma Asegurada, el remanente será pagado al (a los) Beneficiario(s) del Asegurado titular.

2.3 Inburmedic Quirúrgico 10.

2.3.1 Características.

La Compañía reembolsará los gastos que se realicen por la Hospitalización del Asegurado titular para realizarle algún Tratamiento Quirúrgico, a consecuencia de cualquiera de las Enfermedades que a continuación se indican, sujeto a los periodos de espera que para cada una de ellas se señalan y a las Condiciones Generales de esta póliza.

Cualquier indemnización que proceda, se hará hasta por el monto erogado por algún Tratamiento Quirúrgico cubierto, con tope de la Suma Asegurada vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.

2.3.2 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos.

2.3.2.1 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 30 días.

Después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia ininterrumpida de la póliza, se encontrarán cubiertos los Tratamientos Quirúrgicos ocasionados por las Enfermedades que abajo se detallan:

1) Apendicitis.

Inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso.

2) Divertículos en colon.

Presencia de divertículos en la pared del colon.

3) Úlcera duodenal.

Cualquier solución de continuidad con pérdida de la superficie epitelial del duodeno, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

4) Úlcera gástrica.

Cualquier solución de continuidad con pérdida de la superficie epitelial gástrica, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

2.3.2.2 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 60 días.

Transcurridos los primeros 60 (sesenta) días de vigencia continúa de la póliza, estarán cubiertos los Tratamientos Quirúrgicos ocasionados por las Enfermedades que a continuación se detallan:

5) Glaucoma.

Enfermedad de los ojos caracterizada por aumento de la presión intraocular, que origina atrofia del nervio óptico y ceguera.

6) Hemorroides.

Várices o inflamaciones de las venas en el recto y el ano.

7) Hernia inguinal.

Una hernia inguinal es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal por un punto débil del conducto inguinal.

8) Hernia umbilical.

Una hernia umbilical es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal por un punto débil del anillo umbilical debido a un defecto en el cierre de la pared abdominal.

El Tratamiento Quirúrgico es la hernioplastía justificado si hay evidencia de estrangulamiento de los componentes herniados o el defecto es muy grande.

2.3.2.3 Tratamientos Quirúrgicos cubiertos con periodo de espera de 1 año.

Los Tratamientos Quirúrgicos ocasionados por las Enfermedades abajo detalladas, se cubrirán después de los primeros 365 (trescientos sesenta y cinco) días de vigencia ininterrumpida de esta póliza:

9) Cataratas.

Opacificación total o parcial del cristalino.

10) Hallux Valgus.

Desviación del primer dedo del pie, fuera de la línea media, acompañado además de una protuberancia (exostosis) en la articulación metatarso-falángica, deformidad comúnmente llamada "juanete". El primer dedo del pie se desvía en valgo como consecuencia de la desviación en varo del primer metatarsiano.

2.3.3 Límites.

Esta cobertura se encuentra limitada hasta un máximo de 2 (dos) eventos por cada aniversario de esta póliza.

2.3.4 Exclusiones.

Esta póliza no cubre los gastos resultantes de los siguientes conceptos:

- 1) Tratamientos Quirúrgicos por cualquier Enfermedad no considerada en los puntos 2.3.2.1, 2.3.2.2 y 2.3.2.3 del Capítulo 2 de esta póliza.**
- 2) Tratamientos Quirúrgicos realizados por cualquier Enfermedad considerada en los puntos 2.3.2.1, 2.3.2.2 y 2.3.2.3 del Capítulo 2 de esta póliza, pero antes de que transcurran los periodos de espera señalados en dichos puntos.**
- 3) Tratamientos Quirúrgicos por Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.**
- 4) Sutura de heridas o corrección estética.**
- 5) Segundo y ulteriores Tratamientos Quirúrgicos que deriven de una misma Enfermedad.**
- 6) Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto.**
- 7) Tratamientos Quirúrgicos derivados de intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.**
- 8) Tratamientos Quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
- 9) Tratamientos Quirúrgicos realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**

10) Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado titular.

2.4 Ambulancia (Emergencia Médica).

2.4.1 Características.

Esta cobertura consiste en otorgar al Asegurado titular, el traslado programado (en todas las Áreas Metropolitanas de los Estados Unidos Mexicanos), en caso de que éste lo requiera, por algún Tratamiento Quirúrgico cubierto conforme al numeral 2.3 de esta póliza, desde su domicilio al Hospital donde se vaya a llevar a cabo dicho tratamiento.

2.4.2 Deducible.

Cualquier solicitud de esta cobertura causará la aplicación de un deducible de acuerdo a lo establecido en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles".

2.4.3 Límites.

Esta cobertura se encuentra limitada a 2 (dos) eventos por año.

2.4.4 Exclusiones.

Esta cobertura no incluye:

- a) Gastos médicos de Hospitalización.**
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado titular.**
- c) La participación directa del Asegurado titular en actos criminales.**
- d) La participación del Asegurado titular en riñas, salvo en caso de defensa propia.**

- e) La práctica de deportes como profesional, entendiéndose como profesional a la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
- f) La participación directa del Asegurado titular en cualquier clase de carreras, competencias oficiales y en exhibiciones.**
- g) Enfermedades mentales o alienación.**
- h) Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- i) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de un oficio o profesión de carácter eminentemente manual.**

2.5 Exclusión Aplicable a Todas las Coberturas.

Esta póliza no surtirá efectos si el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tengan firmado algún tratado internacional referente a lo establecido en el presente párrafo o bien sean mencionados en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar

Capítulo 3. Servicios de Asistencia.

Disposiciones para los siguientes puntos:

3.1 Asistencia de Emergencia en el Hogar.

3.2 Asistencia Nutricional.

3.1 Asistencia de Emergencia en el Hogar.

3.1.1 Territorialidad.

El servicio de Asistencia de Emergencia en el Hogar se proporciona únicamente en los Estados Unidos Mexicanos.

3.1.2 Características.

Se podrá solicitar vía telefónica al Centro de Atención Telefónica de la Compañía, las 24 (veinticuatro) horas los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año por el Asegurado titular y/o su(s) familiar(es), entendiéndose exclusivamente para efectos de esta asistencia como familiar(es), al Cónyuge o Concubina(rio) e hijos del Asegurado titular, sólo si vivieren permanentemente con él y bajo su dependencia económica.

Este servicio es para las reparaciones de emergencia en las instalaciones del domicilio indicado tanto en el recibo telefónico como en la carátula de esta póliza, por daños que no hayan sido causados con dolo o por el uso incorrecto de dichas instalaciones y que no sean consecuencia de catástrofes, fenómenos meteorológicos, manifestaciones o riñas o sobrecargas de alimentación eléctrica, con los siguientes conceptos:

- **Instalación hidráulica (alimentaciones).**

- En caso de fuga visible en tubería de alimentación a muebles sanitarios, fuga en muebles o accesorios de baño, se realizará el cambio o reparación del tramo de tubería dañada hasta un metro lineal, en caso de que la fuga sea oculta, el costo de ruptura deberá ser cubierto por el Asegurado titular y/o familiar(es). Lo anterior se considera en las instalaciones que vayan del medidor al inmueble, en caso de que se presente antes del medidor, el problema será por parte de la toma municipal.

- Colocación de hasta 2 (dos) grifos o válvulas de control por mueble que sean funcionales y no necesariamente similares a las existentes en el domicilio.
- Reemplazo, limpieza y encendido de un calentador de similares características, retiro y colocación de hasta una motobomba similar a la existente en el domicilio.
- Ajuste de accesorios y reempacado de válvulas.

• **Instalación sanitaria (descargas a drenajes).**

- Desazolve de tuberías internas hasta 3 (tres) metros o de hasta un registro, desazolve de muebles sanitarios, céspoles, coladeras y trituradores.
- Fuga en tuberías de desagüe con reparación hasta un metro lineal, reemplazo o colocación de hasta 2 (dos) muebles sanitarios en el entendido que cada uno de ellos se considera un evento.

• **Instalación eléctrica.**

- Restablecimiento de corriente y reparación de corto circuito, el costo por detección del corto lo absorberá el Asegurado titular y/o familiar(es). Cuando la instalación eléctrica no se encuentre en condiciones adecuadas el prestador restablecerá la energía eléctrica y no ofrecerá garantía del servicio informando al Asegurado titular y/o familiar(es) la modificación de la instalación pero como servicio de conexión.
- Colocación de hasta 2 (dos) accesorios sencillos (lámparas sencillas, contactos, apagadores).

• **Asistencia Especializada.**

- Reemplazo de hasta un botón de llamado, reparación de falsos contactos, reemplazo de fuente de poder y reemplazo de hasta una contrachapa eléctrica, este servicio se ofrecerá previa cita que se realice a través del Centro de Atención Telefónica durante las 24 (veinticuatro) horas los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

• Cerrajería.

- Reparación y apertura de las cerraduras de las puertas que den a la calle y/o que pongan en peligro la integridad física del domicilio.

• Vidriería.

- Reemplazo de cristales planos rotos que den al exterior del inmueble y cuyo rompimiento haya sido ocasionado por accidente o robo. **Quedan excluidos cancelos y ventanas con tratamiento termo-acústicos, de blindaje y vitrales. Este servicio no aplica en el caso de áreas comunes.**

Por virtud de estos servicios, queda a cargo de la Compañía lo siguiente:

- A) Suministro del recurso humano para la mano de obra, debidamente identificado y uniformado.
- B) Transporte del mismo.
- C) El equipo, la herramienta e insumos inherentes a las reparaciones tales como: gasolina, soldadura, cinta aislante, cinta teflón, pasta fundente, plomo, aceites o grasas y pegamentos.

El reemplazo o colocación no implica el suministro de la refacción o de los muebles sanitarios por el prestador del servicio. No estarán cubiertos los trabajos de resane que resulten como consecuencia de las reparaciones antes mencionadas.

Los servicios se proporcionarán bajo las siguientes condiciones y términos:

- a) En condiciones normales, el especialista llegará al domicilio indicado tanto en el recibo telefónico como en la carátula de esta póliza, en un término máximo de 90 (noventa) minutos, de no ser posible lo anterior, la Compañía informará al Asegurado titular y/o familiar(es) el tiempo en que se presentará el prestador para asistirlo(s).

Condiciones Generales

Vidatel Telmex

- b) Todos los trabajos estarán garantizados* por un término de 90 (noventa) días naturales, los cuales empezarán a contar a partir de la fecha de terminación de los trabajos.

***Empaques y vidrios no están garantizados**

- c) En todos los servicios, se incluyen los costos de mano de obra sin cargo para el Asegurado titular y/o familiar(es), considerando que cada reparación cuenta como un evento.
- d) Si el costo del servicio excediera el límite establecido en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles", previo presupuesto o cotización del proveedor firmada por esté y el Asegurado titular y /o familiar(es), el excedente deberá ser cubierto el mismo día que se concluya el servicio por el Asegurado titular y/o familiar(es).
- e) De no aceptarse la cotización o presupuesto por el Asegurado titular y/o familiar(es), la reparación se hará hasta por el monto establecido en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles", siempre y cuando sea posible y no se ocasione mayores daños a consecuencia de la reparación, por lo que en su caso la Compañía, no tendrá obligación de proporcionar el servicio. En caso de que el Asegurado titular y/o familiar(es) no esté(n) de acuerdo en pagar el excedente o servicio después de recibir el presupuesto proporcionado por el proveedor pero acceda a recibir el servicio hasta por el límite establecido, se tomará como un evento y se aplicará el deducible establecido para esta asistencia en el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles".
- f) El Asegurado titular y/o familiar(es) deberán firmar de conformidad al finalizar el servicio.

3.1.3 Deducible.

Cualquier solicitud de servicio de esta sección, causará la aplicación de un deducible a cargo del Asegurado titular según el Capítulo 4 de estas Condiciones Generales denominado "Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles".

3.1.4 Límites.

Hasta un máximo de \$500.00 (Quinientos pesos 00/100 M.N.) por servicio y 2 (dos) eventos por año.

3.1.5 Obligaciones del Asegurado titular y/o familiar(es). Solicitud de Asistencia.

En caso de una Situación de Asistencia el Asegurado titular y/o familiar(es) llamará(n) al Centro de Atención Telefónica de la Compañía facilitando los datos siguientes:

- a) Su nombre y su número de teléfono donde podrá contactársele.
- b) Lugar donde se encuentra así como todos los datos que la operadora le solicite para localizarlo.
- c) Descripción detallada del tipo de ayuda que se requiere.
- d) Proporcionar cualquier otro documento que solicite, siempre y cuando sea posible en términos de ley.
- e) Cuando el Asegurado titular y/o su(s) familiar(es) haya(n) solicitado el servicio se requerirá de que esté(n) presente(s) al momento de la realización del mismo.

NOTA. En ningún caso se reembolsará al Asegurado titular y/o familiar(es) los gastos que éste hubiera erogado, salvo en el caso extraordinario de que la Compañía no hubiera podido atender la emergencia.

3.1.6 Exclusiones.

- a) **No se cubren los trabajos para la colocación de recubrimientos finales, en pisos, paredes o techos, tales como: losetas, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro o acabados de madera, que resulten como consecuencia de los servicios antes mencionados.**

- b) Cuando el daño por el que se soliciten los Servicios de Asistencia hayan sido causados de manera intencional por el Asegurado titular y/o su(s) familiar(es).**
- c) Cualquier servicio amparado por esta póliza que sea preexistente a la fecha de inicio de la vigencia de la misma.**
- d) Cuando el servicio que se solicite sea para espacios que pertenezcan a elementos de las áreas comunes del conjunto habitacional donde se ubique el domicilio indicado tanto en el recibo telefónico como en la carátula de esta póliza.**
- e) La reparación de cualquier aparato o equipo electrónico, electrodoméstico o de línea blanca, como televisores, estéreos, computadoras, refrigeradores o motores eléctricos que resulten dañados a consecuencia de una falla eléctrica en las instalaciones del hogar, ni se repondrán accesorios como lámparas, luminarias o balastras.**
- f) Las reparaciones de daños por filtración o humedad que sean consecuencia de fugas en tuberías y llaves.**
- g) Las reparaciones de equipos conectados a las tuberías de agua como calderas, calentadores (aire acondicionado, lavadoras o secadoras).**
- h) No está incluido como Servicios de Cerrajería la apertura de autos, ni la fabricación de duplicados de llaves de cualquier tipo.**

- i) Los servicios solicitados para destapar muebles de cocina.**
- j) Cualquier servicio para corregir las reparaciones que el Asegurado titular y/o familiar(es) haya contratado directamente con terceros.**
- k) Se excluyen las reparaciones de daños causados en los bienes del Asegurado titular que sean consecuencia de una falla en los servicios de energía eléctrica, hidráulicos y sanitarios.**

3.2 Asistencia Nutricional.

3.2.1 Territorialidad.

El servicio de Asistencia Nutricional se proporciona en cualquier parte del mundo a través de la Red Informática Mundial (Word Wide Web).

3.2.2 Características.

Este servicio tiene como objetivo poner en contacto al Asegurado titular a través de la Red Informática Mundial (Word Wide Web) con personas (especialistas y no especialistas) en temas relacionados con la preparación de alimentos. Además tendrá acceso a talleres de preparación de alimentos y eventos especiales a un costo preferencial a su cargo.

El servicio será proporcionado por especialistas de lunes a viernes de las 09:00 a las 19:00 horas y los sábados de las 09:00 a las 12:00 horas.

Asimismo, la Compañía enviará al domicilio que tenga registrado del Asegurado titular una vez al año, un impreso con contenido relacionado con la preparación de alimentos, hogar y bienestar.

3.2.3 Deducible.

Para este servicio no aplica deducible.

Condiciones Generales

Vidatel Telmex

3.2.4 Límites.

Esta asistencia es sin límite de eventos.

3.2.5 Obligaciones del Asegurado titular.

A fin de que el Asegurado titular pueda obtener la asesoría multimedia, deberá de acceder a la dirección electrónica www.cheforopeza.com.mx, donde deberá registrarse mediante el folio que le será enviado a su correo electrónico que proporcionó al momento de contratar esta póliza.

3.2.6 Exclusión.

Esta asistencia no aplicará cuando el Asegurado titular no lleve a cabo, en la forma establecida para ello, su registro en la dirección electrónica proporcionada en esta sección.

Capítulo 4. Sumas Aseguradas, Límites de Servicios de Asistencia y Deducibles.

Las Sumas Aseguradas y deducibles establecidos para cada una de las coberturas y los límites de responsabilidad y deducibles de los Servicios de Asistencia, se desglosan a continuación:

Coberturas	Sumas Aseguradas	Deducible
Muerte Accidental	\$ 50,000.00	No aplica
Repatriación	\$ 50,000.00	No aplica
Inburmedic Quirúrgico 10	\$ 20,000.00 2 Eventos por año	No aplica
Ambulancia (Emergencia Médica)	2 Eventos por año	\$ 150.00
Servicios de Asistencia	Límites	Deducible
Asistencia de Emergencia en el Hogar	2 Eventos al año de \$500.00 por evento	\$ 100.00
Asistencia Nutricional	No aplica	No aplica

Capítulo 5. Cláusulas Generales.

5.1 Beneficiario.

Es la persona designada como tal conforme más adelante se establezca, con derecho a reclamar en su caso el pago de las Sumas Aseguradas de las coberturas de Muerte Accidental, Inburmedic Quirúrgico 10 y, en su caso, el remanente que hubiera respecto de la cobertura de Repatriación.

Para efectos de la cobertura por Muerte Accidental y, en su caso, del remanente que hubiera respecto de la cobertura de Repatriación, se designa como Beneficiario al Cónyuge o Concubina (río) del Asegurado titular, en ausencia de éste serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado titular por partes iguales.

Para efectos de la cobertura de Inburmedic Quirúrgico 10, se designa como Beneficiario en primer lugar, a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes al Tratamiento Quirúrgico del Asegurado titular, y como Beneficiario en segundo lugar, en caso de que los gastos hubieren sido satisfechos por el Asegurado titular y éste falleciera antes de reclamar los gastos del Tratamiento Quirúrgico, al Cónyuge o Concubina(rio) de éste, en su ausencia, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado titular por partes iguales.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe de las coberturas de Muerte Accidental e Inburmedic Quirúrgico 10 y, en su caso, el remanente que hubiera respecto de la cobertura de Repatriación, se pagará a la sucesión legal del Asegurado titular.

En cualquier momento el Asegurado titular podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra. Para efectuar dicho cambio deberá de notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que les corresponde (a cada uno de ellos), y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado titular y del (los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (los) Beneficiario(s).

Condiciones Generales

Vidatel Telmex

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de las coberturas de Muerte Accidental e Inburmedic Quirúrgico 10 y, en su caso, el remanente que hubiera respecto de la cobertura de Repatriación al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno antes que el Asegurado titular, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales la de los supervivientes, salvo estipulación en contrario por parte del Asegurado afectado o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) Beneficiario(s).

Advertencia

En el caso 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 debe 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 un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

5.2 Edad.

Solamente pueden ser aseguradas las personas cuya edad cumplida sea de 18 (dieciocho) años a la fecha de inicio del seguro y que no hayan cumplido los 65 (sesenta y cinco) años de edad al momento de la celebración del contrato. Las coberturas se renovarían hasta el aniversario en que el Asegurado titular alcance los 99 (noventa y nueve) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a esta póliza.

Cuando el Asegurado titular cumpla 99 (noventa y nueve) años de edad, estas coberturas se darán por terminadas.

La edad del Asegurado titular, deberá comprobarse al momento de la reclamación. Cuando de dicha comprobación resulte que la edad verdadera del Asegurado titular al momento de la celebración del contrato esté fuera de los límites de edad fijados en el primer párrafo de esta cláusula, la reclamación resultará improcedente, pero en este caso se devolverá al Contratante la prima de tarifa neta del costo de adquisición por el tiempo de vigencia no corrido a la fecha de su rescisión.

5.3 Primas.

El pago de las primas se hará mediante pago fraccionado en mensualidades. Esta forma de pago se indica en la carátula de esta póliza.

La fecha de vencimiento para pagar la prima de esta póliza es el primer día de cada período de pago. Se entenderá por período de pago, los meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará de un término máximo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada período de pago, dicho término se precisa en la carátula de esta póliza.

Si el Contratante no liquida la prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni 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, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

El Contratante estará obligado a pagar la prima con cargo a su recibo telefónico, por lo que se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o el Asegurado titular tengan pagado el recibo expedido precisamente por la compañía de telefonía.

La Compañía podrá reclamar del Asegurado titular el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía podrá compensar el pago de las primas que se le adeuden con la prestación debida al Asegurado titular o Beneficiario(s).

5.4 Rehabilitación.

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza por no haberse efectuado el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar en cualquier momento su rehabilitación, previa presentación a su costa, de los requisitos de rehabilitación.

Una vez satisfechos los requisitos de rehabilitación, para efectuar la misma deberá pagarse el importe correspondiente de la prima y obtener la aceptación de la Compañía mediante la emisión del endoso de rehabilitación.

Esta póliza se considerará rehabilitada una vez que se hayan cumplido los requisitos de rehabilitación, se haya pagado el importe correspondiente de la prima y la Compañía le dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del endoso antes referido.

5.5 Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

A) Si el Contratante o Asegurado titular o el (los) Beneficiario(s) con el fin de hacerla incurrir en error disimula(n) o declara(n) inexactamente sobre hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.

B) Si con igual propósito no entrega(n) en tiempo a la Compañía la documentación de que trata la sección 5.20 de estas Condiciones Generales denominada "Procedimientos y Medidas en Caso de Siniestro".

5.6 Procedimiento de Altas.

La persona que desee adquirir el carácter de Asegurado titular será dada de alta en el momento en el que dé su Consentimiento expreso para ello y estará asegurada desde las 12.00 horas del día en que dé dicho Consentimiento y hasta el término de la vigencia de la póliza establecida en la Cláusula 5.7 de estas Condiciones Generales denominada "Principio y Término de Vigencia".

5.7 Principio y Término de Vigencia.

La vigencia de esta póliza principia en la fecha establecida en la carátula de la póliza, a las 12:00 horas del día y termina a las 12:00 horas del siguiente 1° de Enero, con renovación automática anual. Respecto al primer período de vigencia del seguro, el Contratante pagará la parte proporcional de la prima que le corresponda, de acuerdo a la fecha en que se dio de alta. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

En caso de que bajo este producto se expidan nuevas pólizas respecto al mismo domicilio en donde este instalada la línea telefónica, la última dejará sin efectos las pólizas emitidas con anterioridad.

5.8 Terminación Anticipada del Contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente ya sea a solicitud del Contratante o Asegurado o bien a iniciativa de la Compañía. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante la prima de tarifa neta del costo de adquisición por el tiempo de vigencia no corrido.

Cuando sea el Contratante o Asegurado quien lo dé por terminado, deberá hacerlo mediante notificación realizada por escrito a la Compañía, y cuando sea la Compañía quien lo dé por terminado, lo cual no es aplicable a los puntos 2.1, 2.2 y 2.3 de estas Condiciones Generales denominados respectivamente "Muerte Accidental", "Repatriación" e "Inburmedic Quirúrgico 10", ésta lo hará mediante notificación por escrito al Asegurado titular, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 (quince) días naturales de recibida la notificación respectiva, debiendo hacer la devolución a que se refiere el párrafo anterior a más tardar al momento de efectuar tal notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

Asimismo, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en forma automática sin responsabilidad para la Compañía, cuando el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por un juez, por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tengan firmados tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien sean mencionados en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso de que la persona que habiéndose encontrado en el supuesto a que se refiere el párrafo anterior obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente y así se lo informe a la Compañía dentro del periodo de vigencia señalado en la carátula de esta póliza, se podrá solicitar la rehabilitación de la misma.

5.9 Límite Territorial.

Para los puntos 2.1 Muerte Accidental, 2.2 Repatriación y 3.2 Asistencia Nutricional, la presente póliza surtirá sus efectos en cualquier parte del mundo.

Por lo que concierne a los puntos 2.3 Inburmedic Quirúrgico 10, 2.4 Ambulancia (Emergencia Médica) y 3.1 Asistencia de Emergencia en el Hogar de estas Condiciones Generales, el seguro surtirá efecto en los Estados Unidos Mexicanos.

5.10 Moneda.

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar, serán liquidables en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago.

En el supuesto de que los gastos realizados para la cobertura de Inburmedic Quirúrgico 10 para el Asegurado titular se hayan satisfecho en moneda extranjera, las obligaciones a cargo de la Compañía se indemnizarán entregando su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en los Estados Unidos Mexicanos que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación el día de pago.

5.11 Cambios.

Las estipulaciones consignadas en esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Asegurado titular o el Contratante y la Compañía, haciéndose constar por escrito mediante endosos o cláusulas, por tanto cualquier otra persona o agente no autorizada por la Compañía carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

En ejercicio del derecho que le confiere el artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado titular o el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes Condiciones Generales, se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante y el Asegurado titular en su caso, estarán obligados a cubrir el equivalente que corresponda.

5.12 Comunicaciones.

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, del Asegurado titular o del (de los) Beneficiario(s) deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indican en la carátula de esta póliza. Los requerimientos, comunicaciones y notificaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, al Asegurado titular o al (a los) Beneficiario(s), se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

5.13 Competencia.

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 la Compañía en los términos de los

artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros lo que deberá hacer en el término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negación de la Compañía de 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, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.14 Arbitraje Médico.

En caso de desacuerdo respecto de si un padecimiento y/o Enfermedad es preexistente o no, el Asegurado titular podrá 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 2 (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 la Compañía.

Si el Asegurado titular optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a él no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía 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 la Compañía, 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.

5.15 Prescripción.

Las acciones que deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea el fallecimiento del Asegurado y en 2 (dos) años en los demás casos. Estos plazos se contarán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta Compañía 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 los plazos 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 Compañía.

5.16 Lugar y pago de indemnización.

En caso de que se determine que el siniestro es procedente, la Compañía efectuará el pago de la indemnización que corresponda en cualquiera de sus oficinas y dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha que haya recibido los documentos e información que le permitan determinar las circunstancias del siniestro y consecuentemente la procedencia o improcedencia de la reclamación en los términos de la sección 5.20 de estas Condiciones Generales denominada "Procedimientos y Medidas en Caso de Siniestro".

5.17 Interés Moratorio.

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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas mismo que a continuación se transcribe:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

5.18 Facultad de Designación de Prestadores de Servicios.

Será facultad de la Compañía contratar al (los) prestador(es) de servicios que pueda(n) otorgar las coberturas de “Repatriación” y “Ambulancia (Emergencia Médica)” y los servicios de “Asistencia de Emergencia en el Hogar” y “Asistencia Nutricional”.

5.19 Relativa al Derecho de los Contratantes de Conocer la Comisión o Compensación Directa que le Corresponda al Intermediario o Persona Moral.

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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.20 Procedimientos y Medidas en caso de Siniestro.

5.20.1 Aviso.

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a alguna indemnización, conforme a este seguro, el Asegurado titular o el (los) Beneficiario(s) tendrá(n) la obligación de comunicarlo a la Compañía vía telefónica u otro medio de comunicación en un lapso no mayor a 5 (cinco) días hábiles a partir del momento en que tenga(n) conocimiento del derecho constituido a su favor, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, caso en el cual deberá(n) darlo tan pronto cese uno u otro. Asimismo, dicha comunicación deberá ratificarse por escrito en los 5 (cinco) días hábiles siguientes a que se efectuó. La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiera importado el siniestro si la Compañía hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo.

5.20.2 Documentos, datos e informes que el Asegurado titular y/o el (los) Beneficiario(s), debe(n) rendir a la Compañía.

El Asegurado titular y/o Beneficiario(s), deberá(n) comprobar la exactitud de su reclamación y de cuantos extremos estén consignados en la misma. La Compañía tendrá el derecho de exigir toda clase de información y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. El Asegurado afectado y/o Beneficiario(s) deberá(n) entregar a la Compañía, en forma enunciativa más no limitativa, los documentos y datos siguientes:

En todos los casos el Asegurado titular y/o Beneficiario(s) deberá(n) presentar el recibo de servicio telefónico residencial pagado, correspondiente a la fecha del siniestro.

5.20.3 Cobertura por Muerte Accidental.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado titular:

- Copia certificada del acta de defunción.
- Copia simple del certificado de defunción.
- Copia certificada del acta de nacimiento.
- Identificación oficial vigente con fotografía y firma legibles (Credencial para Votar, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional).
- Comprobante de domicilio con máximo de 3(tres) meses de antigüedad.

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar las averiguaciones previas completas, que contengan por lo menos: identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia.

Del (de los) Beneficiario(s):

- Comprobante de domicilio con máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- Menores de Edad: Acta de Nacimiento o Pasaporte, así como la confirmación de identidad que haga su tutor.
- Mayores de Edad:
 - A. Identificación oficial vigente con fotografía y firma legibles (Credencial para Votar, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional) y
 - B. En su caso, acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato.

5.20.4 Cobertura Inburmedic Quirúrgico 10.

Pago.

Cualquier indemnización se hará sobre el monto que resulte menor de entre los gastos médicos procedentes y la Suma Asegurada vigente en la póliza al momento de ocurrencia del siniestro.

Cuando la prima o fracción correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del periodo de gracia para realizar su pago, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la indemnización.

Para que proceda el pago de cualquier reclamación deberá contarse con un diagnóstico médico definitivo.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A) Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado titular.
- B) Original del documento denominado Informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por del Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado titular y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- D) Original de un comprobante de domicilio del Asegurado titular y reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E) Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F) Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.

5.21 Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado titular y/o la Compañía, derivados de la contratación de este seguro.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado titular y al Contratante de la póliza los documentos que a cada uno le correspondan, en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal,
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o
- 3.- Envío por correo electrónico.

Si el Asegurado titular y/o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía acudiendo al domicilio de la misma o a cualquiera de sus oficinas para que ahí se los proporcionen, o comunicándose a los teléfonos 54-47-8000 en la Ciudad de México y su Área Metropolitana, o al 01-800-4624-636 para el resto de los Estados Unidos Mexicanos, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico, se le proporcionen dichos documentos.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberán solicitarlo a la Compañía por escrito que entreguen en su domicilio o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se realice dicho acuse. En caso de que la contratación del seguro haya sido vía telefónica, la cancelación de la póliza o la solicitud para que la misma no se renueve, también podrá efectuarse comunicándose a los teléfonos 54-47-8000 en la Ciudad de México y su Área Metropolitana, o al 01-800-4624-636 para el resto de los Estados Unidos Mexicanos, en este caso, la Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“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”.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 en la Ciudad de México y Área Metropolitana o 01 800 90 90000, desde el interior de la República con lada sin costo las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 52 38 06 49 o desde el interior de la República al 01 800 849 10 00, de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com.

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos 53 40 09 99 y 01 800 999 80 80, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página en internet www.gob.mx/condusef.

“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 01 de junio de 2011, con el número PPAQ-S0006-0024-2011 / CONDUSEF-001899-01, del día 31 de marzo de 2015, con el número RESP-S0006-0176-2015.”