

**CONDICIONES  
GENERALES DEL SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS  
MÉDICOS  
COMPLEMENTARIOS**



## **CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS**

Av. Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, Ciudad de México, Teléfonos de atención en la Ciudad de México y su Área Metropolitana el 54-47-8000 y desde el interior de la República el 01-800-90-90000.

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
<b>Capítulo 1. Definiciones</b> -----	4
<b>Capítulo 2. Objeto del Seguro</b> -----	8
<b>Capítulo 3. Cobertura</b> -----	8
<b>3.1. Cobertura Básica</b> -----	8
<b>3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos</b> -----	8
<b>3.1.2. Gastos Hospitalarios</b> -----	8
<b>3.1.3. Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos</b> -----	8
<b>3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital</b> -----	10
<b>3.2. Edad</b> -----	11
<b>Capítulo 4. Exclusiones</b> -----	11
<b>Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado</b> -----	13
<b>5.1 Deducible</b> -----	13
<b>5.2. Coaseguro</b> -----	13
<b>Capítulo 6. Reclamación de Siniestros</b> -----	14
<b>6.1. Aviso</b> -----	14
<b>6.2. Pago de Indemnizaciones</b> -----	14
<b>6.3. Cobertura Básica</b> -----	14
<b>6.3.1. Pago por Reembolso</b> -----	14
<b>6.3.2. Pago Directo</b> -----	15
<b>Capítulo 7. Cláusulas Generales</b> -----	16
<b>7.1. Contrato</b> -----	16
<b>7.2. Modificaciones al contrato</b> -----	16
<b>7.3. Terminación anticipada del contrato</b> -----	16
<b>7.4. Agravación del Riesgo</b> -----	16
<b>7.5. Omisiones o inexactas declaraciones</b> -----	17
<b>7.6. Renovación</b> -----	17
<b>7.7. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados</b> ---	17
<b>7.8. Movimientos</b> -----	18
<b>7.8.1. Registro de Asegurados</b> -----	18
<b>7.8.2. Alta de Asegurados</b> -----	18
<b>7.8.3. Baja de Asegurados.</b> -----	18
<b>7.8.4. Modificaciones en la situación de los Asegurados</b> -----	18
<b>7.9. Obligación de asegurar</b> -----	19
<b>7.10. Comunicaciones</b> -----	19
<b>7.11. Moneda</b> -----	19
<b>7.12. Competencia</b> -----	19
<b>7.13. Arbitraje Médico</b> -----	19
<b>7.14. Prescripción</b> -----	20
<b>7.15. Primas</b> -----	20
<b>7.16. Rehabilitación</b> -----	21

<b>7.17. Otros seguros</b> -----	22
<b>7.18. Indemnización por mora</b> -----	22
<b>7.19. Revelación de comisiones</b> -----	22
<b>7.20. Legislación aplicable</b> -----	22
<b>Glosario de Artículos</b> -----	24

## Capítulo 1. Definiciones

### Accidente

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca su fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho acontecimiento. En caso de que la Compañía no reciba la notificación de la ocurrencia del Accidente, por escrito, dentro de los plazos antes mencionados, el acontecimiento se considerará como Enfermedad, salvo que la notificación no se haya hecho por caso fortuito o fuerza mayor.

### Accidente Cubierto

Se considerará como tal, a aquel Accidente que ocurra dentro de la Vigencia de la Póliza para el Asegurado afectado.

### Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

### Asegurado(s)

Cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

### Asegurado Titular

Cualquier integrante de la Colectividad Asegurada que trabaje o mantenga un vínculo directo con el Contratante y que aparezca con tal carácter en el certificado individual. **Se excluyen de esta definición a los trabajadores del contratante que se encuentren prestando sus servicios por honorarios.**

### Carta Pase

Es el documento expedido por la Compañía mediante el cual se autoriza el servicio de Pago Directo previo o durante la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

### Compañía o Institución

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

### Colectividad Asegurada

Está constituida por el conjunto de personas que, encontrándose dentro de los parámetros que establece esta póliza para ser Asegurados, queden inscritos en el registro de Asegurados de esta póliza.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por cualquier causa sean inscritas en el registro de Asegurados de esta póliza, por lo que el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las primas pagadas correspondientes a tales personas. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

### Contratante

Es aquella persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza y en el correspondiente certificado individual, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

Cuando el objeto de este contrato sea otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes de la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima de manera proporcional, la prima de tarifa no devengada previa disminución de la porción del costo de adquisición correspondiente y, en su caso, los beneficios derivados de este contrato, a más tardar al hacer la notificación de la rescisión, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Cualquier Reembolso de prima se realizará por conducto del Contratante.

### **Dependientes Económicos o Familia del Asegurado Titular**

El cónyuge o concubina(rio) y sus hijos solteros que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años de edad.

Para que los Dependientes Económicos o familia del Asegurado se consideren Asegurados dentro de esta póliza deberán requisitar los correspondientes consentimientos individuales y la Compañía haber dado su consentimiento a través de la emisión de los certificados individuales.

### **Diagnóstico**

Procedimiento por el cual un Médico realiza un análisis clínico con el fin de emitir un juicio sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad Cubiertos en esta póliza.

### **Endoso**

Documento emitido por la Compañía que forma parte de esta póliza, mediante el cual se modifican los términos de la misma.

### **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 Médico y/o Quirúrgico, diagnosticada por un Médico.

### **Enfermedad Cubierta**

Aquella Enfermedad que se manifieste o diagnostique dentro de la Vigencia de la Póliza para el Asegurado afectado.

Se considerarán dentro de un mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento Médico y/o Quirúrgico de dicho padecimiento, **salvo aquellas complicaciones de enfermedades no cubiertas.**

### **Enfermero (a)**

Persona dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de Médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de tal actividad.

### **Experiencia Global**

Cuando la prima de la colectividad no esté determinada con base en su experiencia propia, es decir, que no esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma colectividad a asegurar o bien de las pólizas de seguro colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

### **Gastos Médicos Complementarios**

Aquellos gastos hospitalarios, médicos y/o quirúrgicos o por servicios y/o materiales médicos que sean erogados por el Asegurado durante el Periodo de Beneficio señalado en el certificado individual de esta póliza, siempre y cuando sean consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.

### **Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos**

Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

**Hospital**

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

**Hospitalización**

Estancia continua en un Hospital, siempre y cuando ésta sea justificada, comprobable y sea durante el Periodo de Beneficio, para la atención de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

**Indemnización**

Monto que la Compañía pagará por los Gastos Médicos Complementarios originados a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos en esta póliza.

**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.

**Padecimientos Congénitos**

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

**Padecimiento(s) Crónico(s)**

Enfermedad de larga duración o de progreso lento que continúa o persiste por más de 30 (treinta) días.

**Pago Directo**

Es el servicio que elige el Asegurado, a través del cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de servicios que aquél haya elegido y contratado, siempre y cuando se encuentren dentro de la Red Médica, los Gastos Médicos Complementarios resultantes de la atención médica y hospitalaria que reciba a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, quedando únicamente a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y los excluidos en esta póliza.

**Periodo al Descuberto**

Intervalo de tiempo durante el cual esta póliza se encuentra cancelada por falta de pago de la prima.

**Perito Médico**

Médico especialista, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

**Periodo de Beneficio**

Es el periodo de un año que principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en el certificado individual de esta póliza para este concepto y durante el cual la Compañía cubrirá los Gastos Médicos Complementarios en los que incurra el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

**Prótesis.**

Cualquier aparato utilizado como reemplazo de un órgano o que ayude al correcto funcionamiento del mismo.

**Red Médica**

Es el grupo de colaboradores que tienen vigente un convenio de colaboración y descuento con la Compañía, los cuales ofrecen sus servicios médicos profesionales al público en general, y que

están dispuestos a proporcionar sus referidos servicios a aquellos Asegurados que decidan contratarlos.

Los Asegurados podrán consultar la Red Médica a través de la página de internet de la Compañía en la dirección electrónica [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com), la cual se actualiza cada vez que dicha red sufre algún cambio.

Cuando el Asegurado decida solicitar y contratar los servicios de algún colaborador de la Red Médica o de algún otro prestador de servicios, lo hará considerando su libertad de elegir y contratar a cualquier persona de su confianza que le proporcione los servicios que cubre esta póliza, en razón de lo anterior, la Compañía no se hace responsable de los daños y perjuicios que le pudieran ocasionar al Asegurado cualquiera de los prestadores de servicios que éste decida contratar, por lo que éstos responderán directamente ante el Asegurado de cualquier daño y/o perjuicio que le infieran.

### **Reembolso**

Es el sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los Gastos Médicos Complementarios efectuados por la atención médica del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Los Gastos Médicos Complementarios cuyo Reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o a quien demuestre haberlos efectuado.

Cuando opere el sistema de pago por Reembolso y el prestador no pertenezca a la Red Médica, dicho pago nunca será mayor al gasto usual y acostumbrado que por el mismo concepto cobraría un prestador con características similares, aumentado en un 10% como máximo.

### **Suma Asegurada**

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía señalada en el certificado individual de esta póliza.

### **Tabulador Médico**

Es la relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el porcentaje máximo que pagará la Compañía para cada Accidente o Enfermedad Cubiertos.

### **Vigencia de la Póliza**

Es la vigencia que principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en el certificado individual de esta póliza bajo este concepto. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

## Capítulo 2. Objeto del Seguro

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, se realizaren alguno de los Gastos Médicos Complementarios descritos en el punto 3.1 "Cobertura Básica" de esta póliza y el Asegurado así lo solicite, la Compañía reembolsará el costo de los mismos o, en caso de que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica, y el Asegurado así lo elija, la Compañía pagará directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en las cláusulas adicionales que formen parte de este seguro.

La Compañía, tendrá la obligación de cubrir los Gastos Médicos Complementarios durante el Periodo de Beneficio señalado en el certificado individual, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el Período de Beneficio establecido en el certificado individual de esta póliza, o
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del Accidente o Enfermedad Cubiertos que haya afectado al Asegurado.

## Capítulo 3. Cobertura

### 3.1. Cobertura Básica

#### 3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos

Esta póliza cubre todos los Gastos Médicos Complementarios en que incurra el Asegurado dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente o Enfermedad Cubiertos, que por prescripción de un Médico, sean necesarios para el tratamiento y Diagnóstico del Accidente o Enfermedad Cubiertos, **siempre y cuando dichos Gastos Complementarios se realicen dentro del Periodo de Beneficio y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos:**

#### 3.1.2. Gastos Hospitalarios

- A) El costo de un cuarto privado estándar con baño y alimentos proporcionados al Asegurado.
- B) Cama extra para un acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en el Hospital.
- C) La estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- D) Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
- E) El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
- F) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, que resulten a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.
- G) En caso de intervención quirúrgica amparada donde se requiera el trasplante de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea, quedarán cubiertos los gastos del donador con un límite de \$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.).

**En ningún caso se cubren las pruebas de compatibilidad, ya sean del donador final o de posibles donadores, además aplican las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.**

#### 3.1.3. Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos

Las opciones a contratar pueden ser en modalidad amplia o limitada, y ésta última en cualquiera de sus 3 (tres) alternativas: AAA, AA o A. Los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, así como la alternativa contratada, se indican en los Endosos que integran esta póliza.

- A) Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos con base en los montos convenidos con ésta. En tal caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.

Los honorarios de los Médicos que no pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos hasta el límite indicado en el certificado individual de esta póliza. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos y visitas hospitalarias cuyo límite está determinado por la opción contratada, el cual aparece en el certificado individual y el Endoso adjunto a esta póliza y corresponderá a alguna de las siguientes modalidades:

- 1) **Limitada:** La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos será el importe resultante de aplicar el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en el Tabulador Médico al monto de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos de acuerdo a la alternativa contratada (AAA, AA, A) y especificada mediante Endoso adjunto a esta póliza. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el Tabulador Médico se valorarán por similitud a las comprendidas en éste.

Previo aviso a la Compañía, cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al Asegurado 2 (dos) o más operaciones en una misma región, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra(s) intervención(es) quirúrgica(s) en una región distinta del cuerpo del Asegurado, en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la(s) siguiente(s) intervención(es) se pagarán al 50% de lo que marca el Tabulador Médico.

Si se requiere otra intervención quirúrgica de diferente especialidad en la misma sesión, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de acuerdo al monto establecido en el Tabulador Médico.

En aquellos procedimientos que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo y no se estipule en el Tabulador Médico como un procedimiento bilateral, los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se cubrirán calculando un 50% adicional al monto procedente de acuerdo al Tabulador Médico.

Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica, se considerará como otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 (veinticuatro) horas de haberse efectuado la última intervención quirúrgica.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 (dos) padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará de la siguiente manera: para el Accidente o Enfermedad Cubiertos, los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, Anestesiólogo y ayudantes, se pagarán de acuerdo a lo estipulado en esta póliza; los gastos del Hospital que sean procedentes se pagarán al 50% de la factura total.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias y/o tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará para la primera intervención el 50% del porcentaje estipulado en el Tabulador Médico para la intervención quirúrgica más elevada de aquellas que se hayan practicado y el 25% del porcentaje estipulado en el mencionado tabulador para las restantes.

- 2) **Amplia:** La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos será hasta la Suma Asegurada contratada en la Cobertura Básica señalada en el certificado individual de esta póliza.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 (dos) padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará de la siguiente manera: para el Accidente o Enfermedad Cubiertos, los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, Anestesiólogo y

ayudantes, se pagarán de acuerdo a lo estipulado en este inciso; los gastos del Hospital que sean procedentes se pagarán al 50% de la factura total.

- B) Honorarios de Anestesiólogo: se pagará como máximo el 30% de lo correspondiente al primer cirujano, salvo lo estipulado en el inciso 1) y 2) del punto 3.1.3. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos".
- C) Honorarios de ayudantes: se pagará como máximo al primer ayudante el 20% de los honorarios del primer cirujano; al segundo ayudante el 10% de los honorarios de dicho cirujano.

El pago de los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos que deba efectuar la Compañía, en ningún caso excederá los importes y porcentajes señalados en el Endoso que se anexa a esta póliza.

- D) Honorarios por consultas médicas intrahospitalarias, externas o a domicilio, quedarán cubiertos hasta el límite por día indicado en el Endoso adjunto a esta póliza de los honorarios contratados con un máximo de una consulta diaria.

#### **3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital**

- A) Medicamentos, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad Cubiertos y, tratándose de gastos fuera del Hospital, se acompañe el comprobante original de la farmacia, con la receta correspondiente.
- B) Análisis de laboratorio, estudios con rayos X, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, o de cualquier otro indispensable(s) para el Diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando sean indicados por el Médico tratante.
- C) Honorarios de Enfermero a domicilio, siempre y cuando la asistencia sea indicada por el Médico tratante. Los honorarios por este concepto serán cubiertos hasta el límite por turno indicado en el Endoso adjunto a esta póliza con un máximo de 60 (sesenta) días.

**Quedan excluidos los honorarios de Enfermero intrahospitalario cuando su servicio no haya sido previamente autorizado por la Compañía, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.**

- D) Consumo de oxígeno.
- E) Renta o compra de aparatos auditivos, ortopédicos y/o Prótesis, **siempre y cuando sean consecuencia o complicación de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, sean prescritos por el Médico tratante, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. Sólo estarán cubiertas las Prótesis dentales, como consecuencia de un Accidente Cubierto.**  
Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos con un máximo de 2 (dos) pares por año.
- F) El transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado del Asegurado desde o hacia el Hospital, previa indicación del Médico tratante y hasta el límite indicado en el Endoso de esta póliza por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos.
- G) Tratamientos con radio-terapia, fisio-terapia o inhaloterapia, siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes.
- H) La renta de equipo para recuperación, incluyendo cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, respiradores artificiales, pulmón de acero o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante.

En todos los casos en los cuales se incluya el impuesto al valor agregado (I.V.A.), la Indemnización comprenderá dicho impuesto, **cualquier otro impuesto o gravamen se encuentra excluido.**

### **3.2. Edad**

Solamente pueden ser aseguradas en esta póliza las personas hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

### **Capítulo 4. Exclusiones**

**Esta póliza excluye los gastos por los conceptos enumerados a continuación:**

- 1. Cualquier Accidente y/o Enfermedad que su ocurrencia, manifestación o Diagnóstico suceda fuera de la Vigencia de la Póliza así como cualquier gasto relacionado con dicho Accidente y/o Enfermedad aunque el mismo sea erogado durante el Periodo de Beneficio.**
- 2. Realizados fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 3. Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- 4. Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos padecimientos psicológicos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- 5. Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 6. Trastornos del sueño o de la conducta, síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de éstas.**
- 7. Aborto(s).**
- 8. Consultas y tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
- 9. Accidentes o Enfermedades que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
- 10. Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto aquellos que sean a consecuencia de algún Accidente Cubierto.**
- 11. Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, así como los 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 algún Accidente Cubierto.**
- 12. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza.**

13. Consultas y/o tratamiento(s) médico(s) o quirúrgico(s) de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.
14. Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.
15. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.
16. Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.
17. Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos o preventivos y sus complicaciones, así como estudios de cualquier naturaleza para la comprobación o revisión del estado de salud conocidos con el nombre de check-up. Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al Asegurado que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio origen a una reclamación, aún y cuando ésta sea procedente.
18. Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual así como cualquiera de sus complicaciones.
19. Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.
20. Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.
21. Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional a los consignados en el inciso B) numeral 3.1.2. "Gastos Hospitalarios" de esta póliza.
22. Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.
23. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.
24. Lesiones derivadas de un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.
25. Lesiones derivadas de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
26. Lesiones que le ocurran al Asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
27. Lesiones que el Asegurado sufra mientras haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
28. Lesiones que el Asegurado sufra durante la práctica de cualquier deporte de manera profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.
29. Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.

30. Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los Accidentes y/o Enfermedades no Cubiertos, excluidos en este contrato.
31. Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.
32. Tratamientos experimentales o de investigación.
33. Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.
34. Rehabilitación no autorizada por la Compañía, así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.
35. La compra de cama de enfermo o colchón especial.
36. Los realizados por el Asegurado en calidad de donante.
37. Honorarios Médicos o pago a proveedores cuando el Médico tratante o proveedor sea el Contratante, el Asegurado o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado o Contratante.
38. Complementos y suplementos vitamínicos y/o alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aún y cuando sea por prescripción médica.
39. Prematurez, malformaciones y Padecimientos Congénitos como cardiopatías y estrabismo, entre otros.
40. Consultas y tratamientos médicos a consecuencia de la andropausia y menopausia.
41. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
42. Tratamientos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de la columna vertebral.
43. Reposición de Prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad, excepto que hayan sido declaradas y que ameriten reposición demostrable y ésta sea a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.
44. Los estudios y gastos médicos que se realicen a los prospectos a ser donadores del Asegurado, excepto los amparados en el inciso G) del punto 3.1.2 "Gastos Hospitalarios" de estas condiciones generales.
45. Los gastos por Accidentes y/o Enfermedades ocurridos, manifestados o diagnosticados en cualquier Periodo al Descubierta.

## **Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado**

### **5.1 Deducible**

Este seguro opera sin la aplicación de un Deducible.

### **5.2. Coaseguro**

Este seguro opera sin la aplicación de un Coaseguro.

## **Capítulo 6. Reclamación de Siniestros**

### **6.1. Aviso**

Es obligación de los Asegurados dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de Indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro caso.

### **6.2. Pago de Indemnizaciones**

Cuando se presente una reclamación por algún Gasto Médico Complementario de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y el total de las cantidades que pague la Compañía nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado.

En toda reclamación deberá comprobarse por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para la cobertura básica, el reclamante deberá presentar a la Compañía una declaración del Médico o Médicos que hayan atendido al Asegurado a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto le proporcione la Compañía, así como todos los elementos en los que se haya fundado el Diagnóstico de los Accidentes y/o Enfermedades.

Con la aceptación de esta póliza y del certificado individual correspondiente, el Asegurado y/o los reclamantes autorizan a la Compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los Médicos, Hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al Asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus Accidentes y/o Enfermedades.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o los reclamantes deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los Accidentes y/o Enfermedades correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo (artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Los teléfonos de atención 24 horas, son los siguientes:

Para la Ciudad de México y su Área Metropolitana: 54 47 8089.

Desde el interior de la República: 01 800 22 13 044 lada sin costo.

### **6.3. Cobertura Básica**

En caso de contratar la modalidad limitada en cualquiera de sus tres alternativas (AAA, AA o A), el pago de las reclamaciones procedentes, es decir, las autorizadas por la Compañía, se efectuarán de acuerdo a lo señalado en el punto 3.1.3. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos" en su inciso 1) "Limitada".

Cuando la modalidad contratada sea amplia, el pago de las reclamaciones procedentes se efectuará de acuerdo a lo señalado en el punto 3.1.3. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos" en su inciso 2) "Amplia".

En ambas modalidades cualquier pago se hará sobre el monto que resulte menor de entre los Gastos Médicos Complementarios procedentes y la Suma Asegurada vigente señalada en el certificado individual de esta póliza al momento de ocurrencia del siniestro.

#### **6.3.1. Pago por Reembolso**

Los pagos de siniestros que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos serán liquidados en las oficinas de la Compañía, en el curso de los 30 (treinta) días

naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación (artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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 Reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un Diagnóstico médico definitivo.

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

**El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:**

- A. Original del documento denominado “Aviso de Enfermedad” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- 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, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, en su caso, 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.
- G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

**6.3.2. Pago Directo**

La Compañía podrá pagar directamente los Gastos Médicos Complementarios que resulten procedentes derivados de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando esta póliza se encuentre en el Periodo de Beneficio, que el Asegurado cuente con un Diagnóstico médico definitivo y que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica y que el Asegurado así lo elija.

Para que la Compañía pueda realizar el Pago Directo, éste deberá solicitarse por escrito o a través de los teléfonos de atención 24 horas señalados en el numeral 6.2. “Pago de Indemnizaciones”, acompañando el Diagnóstico médico definitivo.

Si al ser valorados por el Médico y al contar con el Diagnóstico médico definitivo resulta que dicha atención está cubierta en los términos establecidos en esta póliza, la Compañía pagará a los prestadores de servicios elegidos por el Asegurado pertenecientes a la Red Médica los gastos incurridos, en caso contrario, el Asegurado deberá efectuar el pago de los mismos a dichos prestadores.

**El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:**

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- 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, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad del Asegurado y del reclamante, en su caso.
- E. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- F. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

Al operar el Pago Directo el Asegurado deberá contar con una Carta Pase emitida y autorizada por la Compañía.

## **Capítulo 7. Cláusulas Generales**

### **7.1. Contrato**

La solicitud de seguro, esta póliza, el registro de Asegurados, los consentimientos, los certificados individuales, la carátula y los Endosos, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

### **7.2. Modificaciones al contrato**

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos Endosos, en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

### **7.3. Terminación anticipada del contrato**

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía. En este 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 total por el tiempo de vigencia no transcurrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado, considerando que la obligación de la Compañía se reducirá a amparar aquellos Accidentes y/o Enfermedades que sean considerados como Cubiertos debido a que ocurrieron dentro del tiempo que hubiese estado en vigor el certificado individual de esta póliza.

### **7.4. Agravación del Riesgo**

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tengan los riesgos amparados en esta póliza durante la Vigencia de la Póliza y el Periodo de Beneficio, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

### **7.5. Omisiones o inexactas declaraciones**

El Contratante y el (los) Asegurado(s) está(n) obligado(s) 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 conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La presente cláusula sólo aplica para aquellos supuestos en que las personas ingresen a la Colectividad Asegurada después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la misma y/o cuando la Suma Asegurada sea mayor a la generalidad de la Colectividad Asegurada.

### **7.6. Renovación**

Esta póliza no podrá ser renovada.

### **7.7. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados**

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de algún Asegurado, la Compañía no podrá rescindir esta póliza, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía. En este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática de esta póliza a la fecha de su rescisión.

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán en base a la fracción que resulte aplicable del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.
- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada, señalada en el certificado individual de esta póliza, que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el tiempo de la celebración del contrato.

## **7.8. Movimientos**

### **7.8.1. Registro de Asegurados**

La Compañía formará un registro de Asegurados de esta póliza, el cual contendrá los siguientes datos:

- A. Nombre, edad o fecha de nacimiento y género, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada,
- B. Suma Asegurada o regla para determinarla,
- C. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada y fecha de terminación del mismo,
- D. Operación y plan de seguros,
- E. Número de certificado individual, y
- F. Cobertura amparada.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

### **7.8.2. Alta de Asegurados**

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza, desde el momento en que adquirieron los parámetros para formar parte de la Colectividad Asegurada.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza.

### **7.8.3. Baja de Asegurados.**

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima de tarifa no devengada previa disminución de la porción del costo de adquisición correspondiente de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, cualquier restitución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Cuando los integrantes de la Colectividad Asegurada contribuyan en el pago de la prima y alguno de ellos no cubra al Contratante la parte a que se hubiese obligado, éste último podrá solicitar a la Compañía la baja de esta póliza del Asegurado de que se trate.

### **7.8.4. Modificaciones en la situación de los Asegurados**

El Contratante y el Asegurado deberán informar por escrito a la Compañía cualquier modificación en la situación de este último que afecte las condiciones del riesgo, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al momento en que la conozcan, a fin de que la Compañía realice la

modificación correspondiente en esta póliza a partir de la fecha en que cambió dicha situación y ajuste el importe de la prima, si se omitiere el aviso, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Cuando la modificación afecte la regla para determinar las sumas aseguradas, será necesario que el Contratante entregue a la Compañía dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes a que se determine la modificación, los nuevos consentimientos en donde conste dicha modificación, en caso de que no se entreguen a la Compañía los nuevos consentimientos prevalecerá la regla establecida en anteriores certificados individuales.

#### **7.9. Obligación de asegurar**

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de esta póliza reúnan los parámetros necesarios para formar parte de la Colectividad Asegurada. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas aquellas personas que, con posterioridad, llegaren a cumplir dichos parámetros, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que las cumplan.

El incumplimiento de esta obligación, por parte del Contratante, facultará a la Compañía a dar por terminado el contrato.

#### **7.10. Comunicaciones**

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados o los reclamantes deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en el certificado individual o en la carátula de esta póliza o bien en estas condiciones generales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los reclamantes, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

#### **7.11. Moneda**

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

#### **7.12. Competencia**

En caso de controversia, el quejoso podrá 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 al Público 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 dentro del 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 la 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.

#### **7.13. Arbitraje Médico**

En caso de desacuerdo respecto de un padecimiento o Enfermedad, los Asegurados podrán 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 los Asegurados optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos 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 al padecimiento 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 si el padecimiento o Enfermedad de que se trate está cubierto, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

#### **7.14. Prescripción**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (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 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 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 al Público de esta Compañía.

#### **7.15. Primas**

La suma de las primas que correspondan a cada miembro de la Colectividad Asegurada conformará la prima total de esta póliza.

Según se indique en la solicitud, la forma de pago de las primas puede ser pago único o pago fraccionado.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima se reparte en parcialidades, mismas que corresponderán a

periodos de igual duración, ya sean anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando un recargo por financiamiento.

La forma de pago convenida se indica en el certificado individual de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

La fecha de vencimiento para pagar la prima de esta póliza es el primer día de cada periodo de pago, salvo que, tratándose de pago único, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del Endoso correspondiente. Se entenderá por periodo de pago, tratándose de pago único, el plazo de vigencia del certificado individual de esta póliza, pero tratándose de pago fraccionado, serán los semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en el certificado individual de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente, dicho término se precisa en el certificado individual de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

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 en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula y en el certificado individual de esta 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 alguno de los Asegurados tengan el 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 una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

#### **7.16. Rehabilitación**

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza y de los certificados individuales por no haberse efectuado el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación y la Compañía la podrá otorgar respetando el Periodo de Beneficio originalmente pactado, de acuerdo a sus políticas de aceptación de Rehabilitación y requisitos que a continuación se indican:

##### **Documentos:**

Solicitud de Rehabilitación de Póliza a la fecha firmada por el Asegurado (en el formato establecido por la Compañía); y,

Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma, del (los) Asegurado(s) (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

##### **Políticas de aceptación de Rehabilitación:**

Que el periodo sin pago sea menor a 90 (noventa) días hábiles contados a partir del día siguiente a que venció el plazo de gracia que tenía para cubrir la prima.

Que no exista siniestro ocurrido, manifestado, o por reclamar a la fecha en que se pide la Rehabilitación.

Que esta póliza no se haya rehabilitado previamente 2 (dos) veces.

Que el Contratante acepte e informe a los Asegurados, que la Compañía no cubrirá los Gastos Médicos Complementarios por Accidentes y/o Enfermedades ocurridos, manifestados o diagnosticados durante el Periodo al Descubierto.

Al ser autorizada la Rehabilitación, el Contratante pagará la prima correspondiente a la Compañía en una sola exhibición y en un plazo de hasta 7 (siete) días hábiles contados a partir de la autorización de la Rehabilitación.

Esta póliza y los certificados individuales, se considerarán rehabilitados a partir del día en que la Compañía lo autorice y dé a conocer al Contratante la aceptación de la Rehabilitación mediante la emisión del Endoso respectivo.

**Únicamente se podrá rehabilitar con un máximo de 2 (dos) veces para todas las vigencias de una misma póliza.**

#### **7.17. Otros seguros**

Si la cobertura otorgada en esta póliza estuviese amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra aseguradora, el Asegurado y/o los reclamantes deberán presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

#### **7.18. Indemnización por mora**

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 se transcribe en el apartado “Glosario de Artículos” de estas condiciones generales.

#### **7.19. Revelación de comisiones**

Durante la Vigencia de la Póliza y el Periodo de Beneficio, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará 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.

#### **7.20. Legislación aplicable**

Este contrato se rige conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás regulación y normatividad que le resulte aplicable.

**“Le recordamos que el “Aviso de Privacidad” de la Compañía se encuentra a su disposición en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com)”.**

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, 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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), página en internet [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

## **Glosario de Artículos**

### **Ley sobre el Contrato de Seguro.**

**“Artículo 8º.-** El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, 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”.

**“Artículo 9º.-** Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado”.

**“Artículo 10.-** Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario”.

**“Artículo 25.-** 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 47.-** Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro”.

**“Artículo 52.-**El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo”.

**Artículo 69.-** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo”.

**“Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

### **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**

**“ARTÍCULO 200.-** Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

**I.** Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman;

**II.** Determinar, sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar, con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;

**III.** Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro, así como la determinación del importe de las primas y

extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta de riesgo;

**IV.** Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general;

**V.** Verificar que la documentación contractual y la nota técnica de los productos de seguros que ofrezcan al público, mantengan la debida congruencia, a fin de que las obligaciones para las partes contenidas en el contrato, correspondan con las determinaciones técnicas del producto de seguros respectivo, y

**VI.** En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:

a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y

b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.”

**“ARTÍCULO 201.-** Los productos de seguros mediante los cuales las Instituciones de Seguros ofrezcan al público las operaciones que esta Ley les autoriza y los servicios relacionados con éstas, se integrarán por la nota técnica, la documentación contractual y un dictamen de congruencia, conforme a lo siguiente:

**I.** Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones II y III del artículo 200 de la presente Ley, las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de las coberturas, planes y las primas que correspondan a sus productos de seguros, en una nota técnica en la que se exprese, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

a) La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados;

b) Los procedimientos actuariales para la determinación de primas y extraprimas;

c) La justificación técnica de la suficiencia de las primas y, en su caso, de las extraprimas

d) Los procedimientos actuariales para la estimación de la reserva técnica del producto de seguros y la forma en que se vinculan a los métodos actuariales a que se refiere el artículo 219 de esta Ley;

e) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;

f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables;

g) Los procedimientos actuariales para la determinación de los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;

h) Los procedimientos actuariales para calcular los valores garantizados, en los casos en que procedan;

i) Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar, y

j) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las notas técnicas de los productos de seguros deberán ser elaboradas en términos de lo previsto en el presente artículo y en el artículo 200 de esta Ley, y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión mediante disposiciones de carácter general. Las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional, que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o acredite ante la Comisión que tiene los conocimientos requeridos para este efecto; la Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes elaboren y firmen notas técnicas, así como los requisitos que deberán cumplirse para acreditar ante la Comisión los referidos conocimientos;

*II. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones III y IV del artículo 200 de este ordenamiento, la documentación contractual de los productos de seguros, se integrará por los contratos en que se formalicen las operaciones de seguros, así como por los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a dichos contratos. Dicha documentación contractual deberá ser escrita en idioma español y con caracteres legibles a simple vista, de conformidad con lo que establezcan las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo.*

*La documentación contractual de los productos de seguros deberá contar con un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en el presente artículo y en el artículo 200 de esta Ley, y que la misma no contiene estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas que le sean aplicables y que no establece obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran. La Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes suscriban dicho dictamen, y*

*III. Para los efectos de lo dispuesto en la fracción V del artículo 200 de la presente Ley, los productos de seguros deberán contar con un dictamen de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser firmado por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica a que se refiere la fracción I de este precepto, así como por quien haya suscrito el dictamen jurídico del producto de seguros de que se trate conforme a lo dispuesto en la fracción II del presente artículo.*

*Las Instituciones de Seguros deberán mantener en sus archivos la documentación que acredite que sus productos de seguros cumplen con lo establecido en este artículo y en los artículos 200 y 202 de esta Ley, para los fines de inspección y vigilancia de la Comisión.”*

**“ARTÍCULO 202.-** *Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.*

*En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.*

*Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.*

*El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos”.*

**“ARTÍCULO 203.-** *El procedimiento y requisitos para el registro a que se refiere el artículo 202 de esta Ley, serán establecidos por la Comisión mediante disposiciones de carácter general, las*

cuales considerarán la forma y términos en que las Instituciones de Seguros deberán acreditar que sus productos de seguros cumplen con lo señalado en los artículos 200 y 201 de este ordenamiento.

La Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo, establecerá el procedimiento y requisitos para el registro de los servicios relacionados con los productos de seguros que deban registrarse en términos del artículo 202 de la presente Ley.”

**“ARTÍCULO 204.-** Los productos de seguros señalados en el segundo párrafo del artículo 202 de esta Ley, quedarán inscritos en el registro a que se refiere el artículo 203 de este ordenamiento, a partir del día en que se presenten a la Comisión cumpliendo con los requisitos establecidos conforme al referido artículo 203, y la Institución de Seguros de que se trate podrá de inmediato ofrecer al público los servicios previstos en los mismos.

El registro de los productos de seguros no prejuzga, en ningún momento, sobre la veracidad de los supuestos en que se base la nota técnica, ni sobre la viabilidad de sus resultados.

Las Instituciones de Seguros remitirán a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la documentación contractual de los productos de seguros que se formalicen mediante contratos de adhesión, registrados en términos de lo previsto en el presente artículo y en el artículo 203 de esta Ley, a efecto de que dicha Comisión los integre al Registro de Contratos de Adhesión para consulta del público en general previsto en la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros”.

**“ARTÍCULO 205.-** Si la Comisión, como resultado de las labores de inspección y vigilancia para las que esta Ley la faculta, determina que la nota técnica, la documentación contractual o el dictamen de congruencia de un producto de seguros no se apega a lo dispuesto en los artículos 200 a 204 de este ordenamiento, con independencia de las sanciones que proceda imponer, requerirá a la Institución de Seguros de que se trate la presentación de un plan de regularización en términos de lo previsto en el artículo 321 de esta Ley. El calendario de actividades para la ejecución del referido plan de regularización no podrá exceder de treinta días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que venza el plazo previsto en el artículo 321 de este ordenamiento para que la Institución de Seguros someta a la aprobación de la Comisión el plan de regularización respectivo. Durante el plazo de ejecución del plan de regularización, la Institución de Seguros de que se trate se abstendrá de ofrecer y contratar operaciones de seguros mediante el producto correspondiente.

Si una vez transcurrido el plazo otorgado dentro del plan de regularización, la Institución de Seguros de que se trate no hubiere subsanado las irregularidades del producto de seguros que dieron origen al plan, la Comisión, independientemente de las sanciones que proceda imponer y de actuar en términos de lo previsto en el artículo 321 de este ordenamiento:

- I. Revocará el registro respectivo, cuando se trate de los productos de seguros a que se refiere el segundo párrafo del artículo 202 de esta Ley, u
- II. Ordenará a la Institución de Seguros que suspenda de manera definitiva la celebración de contratos de seguro correspondientes al producto de que se trate, cuando dicho producto de seguros sea distinto de los señalados en la fracción I de este artículo.

Las operaciones que la Institución de Seguros haya celebrado hasta la fecha en que dé inicio el plazo de ejecución del plan de regularización previsto en este artículo, o después de ésta, deberán ajustarse, a costa de la propia Institución de Seguros, a los términos correspondientes del producto de seguros corregido conforme al plan de regularización respectivo, o en su caso, conforme a las indicaciones que le señale la Comisión en términos de lo previsto por el artículo 383 de esta Ley.

En el caso de que la Institución de Seguros incumpla el plan de regularización, la Comisión, con independencia de que proceda conforme a lo previsto en las fracciones I y II de este artículo y de que imponga las sanciones que conforme a la presente Ley correspondan, ordenará a la Institución

de Seguros que efectúe las correcciones que procedan conforme a lo dispuesto por los artículos 200, fracción I, y 383 de este ordenamiento.

Cuando una Institución de Seguros otorgue una cobertura en contravención a lo señalado en los artículos 201 y 202 de esta Ley, que dé lugar al cobro de una prima o extraprima inferior a la que debería cubrirse para riesgos de la misma clase que la Institución de Seguros opere, la Comisión le concederá un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha de notificación para que la Institución de Seguros exponga lo que a su derecho convenga.

Si la Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, le ordenará a la Institución de Seguros que dentro del término que señale, no mayor de veinte días hábiles, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costa, no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.”

**“ARTÍCULO 206.-** Cuando las operaciones que realicen las Instituciones de Seguros obtengan resultados que no se apeguen razonablemente a lo previsto en la nota técnica del producto de seguros correspondiente y, por ello, se afecten los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios, así como la solvencia y liquidez de las Instituciones de Seguros, la Comisión solicitará a la Institución de Seguros de que se trate que proceda a adecuar, en un plazo que no podrá exceder de treinta días hábiles, la nota técnica del producto de seguros a las condiciones que se hayan presentado en el manejo y comportamiento del riesgo cubierto.

Si en dicho plazo, a juicio de la Comisión, no hubieren sido subsanadas las deficiencias de la nota técnica del producto de seguros de que se trate:

I. Revocará el registro respectivo, cuando se trate de los productos de seguros a que se refiere el segundo párrafo del artículo 202 de esta Ley, u

II. Ordenará a la Institución de Seguros que suspenda de manera definitiva la celebración de contratos de seguro correspondientes al producto de que se trate, cuando dicho producto de seguros sea distinto de los señalados en la fracción I de este artículo.”

**“ARTÍCULO 215.-** Los contratos de seguro y de fianzas, en general, deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión mediante disposiciones de carácter general, para procurar la solvencia de las Instituciones y en protección de los intereses de los contratantes, asegurados, fiados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro y de fianzas.”

**“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.”

**“ARTÍCULO 277.-** En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.”

### **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**

**“Artículo 50 Bis.-** Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.”

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

**“Artículo 68.-** La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme

a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

*X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.*

*Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.*

*En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.*

*En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.*

*El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.*

*XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno”.*

*“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 27 de julio de 2015, con el número CNSF-S0022-0351-2015”.*