



Clausulado



Condiciones Generales

Enfermedades Graves

(SEVI)

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, 14060,
Ciudad de México, Teléfonos de atención
01-800-90-90000 desde el interior de la
República o 5447-8000 en la Ciudad de México
y Área Metropolitana, de lunes a domingo
de 7:00 a 20:00 horas.

Índice

Capítulo	Página
Capítulo 1. Definiciones	1
Capítulo 2. Objeto del seguro (Cobertura Básica)	4
2.1. Enfermedades Graves	4
2.1.1. Infarto agudo al miocardio	4
2.1.2. Cáncer	4
2.1.3. Enfermedad vascular cerebral	4
2.1.4. Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass	5
2.1.5. Insuficiencia renal	5
2.1.6. Trasplante de órganos vitales	5
2.1.7. Parálisis / Paraplejía	5
Capítulo 3. Exclusiones	6
Capítulo 4. Reclamación de siniestros	7
4.1. Aviso	7
4.2. Pago de Indemnizaciones	7
4.3. Pago	7
Capítulo 5. Cláusulas Generales	9
5.1. Contrato	9
5.2. Modificaciones al contrato	9
5.3. Vigencia	9

Capítulo	Página
5.4. Agravación del riesgo	9
5.5. Omisiones o inexactas declaraciones	9
5.6. Terminación anticipada del contrato	9
5.7. Período de beneficio	9
5.8. Renovación automática	10
5.9. Edad de contratación y de renovación	10
5.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado	10
5.11. Descuentos	11
5.12. Comunicaciones	11
5.13. Moneda	11
5.14. Competencia	11
5.15. Arbitraje médico	11
5.16. Prescripción	12
5.17. Primas	12
5.18. Rehabilitación	13
5.19. Indemnización por mora	13
5.20. Revelación de comisiones	13
5.21. Cambio de plan	13
5.22. Legislación aplicable	13
Glosario de Artículos	15

Capítulo I. 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 naturales siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca su fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales 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.

Asegurado

Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de esta póliza, con derecho a utilizar los beneficios de la misma.

Beneficiario

Es la persona designada como tal, conforme más adelante se establece, con derecho a reclamar la Cobertura Básica, una vez ocurrido el fallecimiento del Asegurado.

Se designa como Beneficiario a la(s) persona(s) designada(s) con tal carácter, cuyos datos aparecen en el Endoso de Beneficiarios correspondiente, en ausencia de esta designación, serán el cónyuge o concubina(rio) del Asegurado, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, sus padres por partes iguales.

A falta de los Beneficiarios mencionados en los párrafos anteriores, el importe de la cobertura se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En cualquier momento el Asegurado podrá designar, sustituir y/o revocar a su(s) Beneficiario(s), **siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra.** Para tales efectos, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s).

En el caso de que dicha notificación no sea recibida por la Compañía, se conviene que esta pagará el importe de la suma asegurada señalada en la carátula de esta póliza al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Compañía

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

Contratante

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

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 o Enfermedad.

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.

Se considerará una misma Enfermedad a todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones, y secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico de dicha Enfermedad.

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.

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 o Enfermedades Preexistentes

Para efectos de esta póliza, Padecimiento o Enfermedad Preexistente es aquel que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, b) que se compruebe, mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento o Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el Asegurado reciba un diagnóstico del padecimiento o Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por algún Padecimiento o Enfermedad Preexistente se aplicará lo dispuesto en la cláusula 5.15 "Arbitraje Médico".

Condiciones Generales

Enfermedades Graves (SEVI)

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los Padecimientos o Enfermedades Preexistentes respecto de los padecimientos y/o Enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

Período al Descubierto

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).

Capítulo II. Objeto del Seguro (Cobertura Básica)

En caso de que al Asegurado se le Diagnostique alguna de las Enfermedades, denominadas a continuación como Enfermedades Graves, y esta cumpla con la definición establecida en las presentes condiciones generales, el Asegurado o el Beneficiario en su caso, recibirá la suma asegurada contratada en esta póliza en una sola exhibición. La póliza deberá estar en vigor o bien dentro de su **Periodo de beneficio** al momento del Diagnóstico de la Enfermedad Grave.

Cuando la Compañía lo estime necesario, podrá exigir que se compruebe el Diagnóstico presentado, solicitando al Asegurado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias. En caso de que el Asegurado se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura.

La cobertura de esta póliza quedará cancelada automáticamente al llegar a su vencimiento o cuando la Compañía cubra la indemnización por cualquiera de las Enfermedades Graves amparadas.

2.1. Enfermedades Graves

Son 7 (siete) Enfermedades cubiertas por esta póliza denominadas como “Enfermedades Graves” las cuales para considerarse como cubiertas, su Diagnóstico deberá ser de acuerdo a la definición de cada una de ellas.

Las Enfermedades Graves son:

2.1.1. Infarto agudo al miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de esta cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

2.1.2. Cáncer

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la Enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, se considerará como Enfermedad Grave sólo al melanoma maligno, los demás cánceres de piel quedan excluidos del concepto de Enfermedad Grave y por tanto de esta cobertura.** El Diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

2.1.3. Enfermedad vascular cerebral

Es la Enfermedad que produce secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

2.1.4. Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

2.1.5. Insuficiencia renal

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

2.1.6. Trasplante de órganos vitales

La realización efectiva de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donante.**

2.1.7. Parálisis / Paraplejía

La pérdida total y permanente del uso de 2 (dos) o más miembros como consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

Capítulo III. Exclusiones

Esta póliza en ningún caso ampara Enfermedades o Accidentes que se deriven o sean a consecuencia de alguno de los siguientes conceptos:

- 1) Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.**
- 2) Cualquier Enfermedad no mencionada en la cláusula 2.1 de estas condiciones generales o cuando la Enfermedad no cumpla con alguna de las definiciones de Enfermedad Grave descritas en la citada cláusula.**
- 3) Cualquier tipo de cáncer de piel excepto melanoma maligno.**
- 4) Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- 5) Por intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.**
- 6) A consecuencia de riñas cuando el Asegurado sea el provocador.**
- 7) Por la participación activa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
- 8) Por la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 9) Por la práctica del Asegurado de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
- 10) A consecuencia de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- 11) Cuando el Médico que emitió el Diagnóstico sea el Contratante, el Asegurado o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado o Contratante.**

Capítulo IV.

Reclamación de Siniestros

4.1. Aviso

Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tenga 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.

4.2. Pago de Indemnizaciones

Cuando se presente una reclamación por alguna Enfermedad Grave, de ser ésta procedente, se pagará la suma asegurada señalada en la carátula de esta póliza sin descontar ninguna cantidad.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante, 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 la Enfermedad Grave de que se trate.

Con la aceptación de esta póliza, 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

Enfermedades y/o Accidentes anteriores y/o actuales.

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 la Enfermedad Grave correspondiente, 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.

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.

4.3. Pago

Los pagos de siniestros que resulten procedentes serán liquidados 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.

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

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

Las reclamaciones serán liquidadas 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 requisitado y firmado por el Asegurado o reclamante.
- 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.
- D) Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E) Original del Diagnóstico médico definitivo.

Capítulo V.

Cláusulas Generales

5.1. Contrato

La solicitud de seguro, estas condiciones generales, la carátula y los Endosos adicionales, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

5.2. 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.

5.3. Vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en la carátula de esta póliza.

5.4. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tengan los riesgos amparados en esta póliza durante su vigencia, 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).

5.5. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y el Asegurado, están obligados 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 8º, 9º, 10º y 47º de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

5.6. 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 cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante la prima total por el tiempo de vigencia no corrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

5.7. Período de beneficio

En caso de que esta póliza se dé por terminada anticipadamente, de conformidad con la cláusula 5.6. "Terminación anticipada del contrato", o esta no se renueve, se cubrirá la suma asegurada contratada en esta póliza si el Diagnóstico de la Enfermedad Grave se presenta en los siguientes 5 (cinco) días naturales en que se lleve a cabo la terminación.

5.8. Renovación automática

Esta póliza se considerará renovada por períodos de un año, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando el Contratante, notifique en la forma establecida en la cláusula 5.12 "Comunicaciones" de este Contrato, su voluntad de no renovarlo, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de esta póliza.

La Renovación automática se realizará de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a) Deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado; y
- b) La Compañía se obliga a informar al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de esta póliza, los valores de la prima aplicable a la misma. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas que correspondan conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada a la fecha de la renovación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, o cargo a una cuenta de crédito o cuenta de depósito, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

5.9. Edad de contratación y de renovación

La edad de aceptación para este seguro será a partir de 20 (veinte) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años de edad.

Si al momento de la contratación, el Asegurado tiene menos de 60 (sesenta) años se renovará hasta la vigencia en que el Asegurado cumpla los 70 (setenta) años; y si tiene entre 60 (sesenta) y los 64 (sesenta y cuatro) años se renovará hasta la vigencia en que el Asegurado cumpla los 65 (sesenta y cinco) años.

5.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado, 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 con base en 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 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 al momento de la celebración del contrato.

5.11. Descuentos

Descuento de no Fumador.

Consiste en reducir en 2 (dos) años la edad para el cálculo de primas de la cobertura básica, cuando el Asegurado declare en la solicitud ser no fumador, por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo, respetando la edad mínima de 20 (veinte) años para esta cobertura.

Este descuento estará vigente por todo el tiempo en que el Asegurado no modifique su hábito de no fumar. Si el Asegurado se convierte en fumador, deberá notificarlo por escrito, ya que debemos cambiar la edad de cálculo en la cobertura y por lo tanto, la prima. La Compañía tiene la facultad de verificar los hábitos del Asegurado a la fecha de ocurrencia del padecimiento y si se comprueba que era fumador o que el tabaquismo tuvo relación con la causa del fallecimiento o Enfermedad, la Indemnización se reducirá de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Descuento de Mujer

Consiste en reducir, al Asegurado de género femenino, 3 (tres) años a la edad real para el cálculo de primas para la cobertura básica, por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo.

Este descuento de edad podrá adicionarse, en su caso, con el de no fumador, hasta un total de 5 (cinco) años respetando la edad mínima de cálculo de 20 (veinte) años.

5.12. Comunicaciones

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

5.13. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante, del Asegurado 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.

5.14. 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 de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer 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 CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.15. Arbitraje médico

En caso de controversia respecto de si un Padecimiento o Enfermedad es Preexistente o no, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser Perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

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

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciere 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 hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

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

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

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

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

5.16. 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 de Consultas y Reclamaciones de esta Compañía.

5.17. Primas

Es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado como único o fraccionado, según se establezca en la carátula de esta póliza.

En caso de renovación, la prima se actualizará de acuerdo al género y edad alcanzada al momento de la renovación. La actualización de primas en cada renovación será lo que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima de la cobertura, lo anterior conforme a lo establecido para ese efecto en la nota técnica.

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

La forma de pago convenida se indica en la carátula 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 período 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 período de pago, tratándose de pago único, el plazo de vigencia 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 la carátula de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará del término máximo que se precisa en la carátula de esta póliza contado a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada período de pago.

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.

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.

En el caso de que el pago no este domiciliado a alguna cuenta bancaria o ésta no cuente con el saldo suficiente, o bien se encuentre cancelada, 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 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 el Asegurado tengan el original del recibo oficial expedido 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.

5.18. Rehabilitación

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza por no haberse efectuado el pago de la prima, **ésta no podrá rehabilitarse a menos que dicho pago no se haya efectuado por causas imputables a la Compañía**, en cuyo caso se rehabilitará bajo los mismos términos y condiciones mediante la emisión del endoso de rehabilitación, en este caso no aplicará Período al Descubierto.

5.19. 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 Glosario de Artículos de estas condiciones generales.

5.20. Revelación de comisiones


Durante la vigencia de esta póliza, 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.

5.21. Cambio de plan

Cuando el Asegurado cambie el plan contratado con la Compañía, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, sin limitar a la Compañía, para llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

5.22. 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”.

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

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con domicilio en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos 53 40 09 99 y 01 800 999 80 80, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página en internet www.condusef.gob.mx.

Glosario de Artículos

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8°.- 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 9°.- 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 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan 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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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 1 de julio de 2016, con el número CNSF-S0022-0571-2016/CONDUSEF-000619-01”.