



Condiciones Generales



Del Seguro
Protección Personal
Sears Con Inbursa

Índice

Capítulo	Página
I. Definiciones	1
II. Coberturas	5
Coberturas por Fallecimiento	5
2.1 Apoyo para Gastos Funerarios del(de los) Asegurado(s)	5
2.2 Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental	7
Otras Coberturas	9
2.3 Ambulancia (Emergencia Médica)	9
2.4 Asistencia Automovilística	11
Obligaciones del Asegurado aplicables a los puntos 2.3 Ambulancia (Emergencia Médica) y 2.4 Asistencia Automovilística	14
III. Límites de Sumas Aseguradas y Deducibles	15
IV. Cláusulas Generales	16

I. Definiciones.

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

1.1 Accidente.

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

1.2 Accidente Cubierto.

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

1.3 Área Metropolitana.

Todas las Ciudades de los Estados Unidos Mexicanos, así como aquellos núcleos de población que se encuentran integrados a su alrededor.

1.4 Asegurado titular- Asegurado.

Se considerará como Asegurado titular para efectos de esta póliza, al titular de la línea de crédito estipulado en el estado de

cuenta emitido por la Tienda Departamental donde se efectúe el cargo de la prima, salvo que el titular de la línea de crédito haya designado a otra persona como Asegurado titular, caso en el cual el primero tendrá el carácter de Contratante del seguro, y el Asegurado titular será aquella persona cuyos datos hayan sido recibidos por la Compañía.

En caso de que no sea recibida por la Compañía notificación por escrito al respecto, se considerará como Asegurado al titular de la línea de crédito.

Cuando el Asegurado sea el titular de la línea de crédito, también se considerará Asegurado dentro de esta póliza a su Cónyuge o Concubina(rio), siempre que se haya contratado esta póliza en forma recíproca y aparezca como Asegurado en la carátula de la póliza.

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

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

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de los medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El solicitante se identificará con su nombre completo, su número telefónico, el domicilio que proporcionó a la Tienda Departamental y su fecha de nacimiento y/o Registro Federal de Contribuyentes, por lo que será responsable de proporcionarlos correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.

- III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién(es) es (son) el (los) Asegurado(s) será la carátula de la póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.

1.5 Automóvil.

Vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes de hasta un máximo de 3.5 (tres y media) toneladas de peso, de uso y servicio particular que sea propiedad del Asegurado titular.

1.6 Auxilio Vial Básico.

Cobertura mediante la cual, la Compañía enviará el auxilio vial necesario para la provisión de gasolina (el importe del combustible estará a cargo del Asegurado titular), cambio de llanta por llanta de refacción (la llanta de refacción deberá ser proporcionada por el Asegurado titular) y paso de corriente.

1.7 Avería.

Todo daño, rotura y/o deterioro fortuito que no sea consecuencia de un accidente automovilístico, que impida la circulación autónoma del Automóvil durante un viaje. No se considera Avería el faltante de alguna pieza por robo de ésta.

1.8 Compañía.

Patrimonial Inbursa, S.A.

1.9 Contratante.

Se considera como Contratante para efectos de esta póliza, al titular de la línea de crédito estipulado en el estado de cuenta emitido por la Tienda Departamental donde se efectúe el cargo de la prima.

1.10 Familiar(es).

Se referirá exclusivamente al Cónyuge o Concubina(rio), sus hijos y demás dependientes económicos del Asegurado titular, sólo si viven con él.

1.11 Hospital.

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

1.12 Reparación Mayor.

Son todas aquellas reparaciones requeridas por el Automóvil distintas a los servicios comprendidos en el Auxilio Vial Básico.

1.13 Residencia Permanente.

El domicilio habitual del Asegurado titular en los Estados Unidos Mexicanos.

II. Coberturas.

Coberturas por Fallecimiento.

2.1 Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s).

2.1.1 Cobertura.

A consecuencia del fallecimiento del (de los) Asegurado(s), la Compañía reembolsará la cantidad erogada por los servicios funerarios, a quien acredite haber efectuado tales gastos, sin exceder de la suma asegurada establecida para esta cobertura, en el Capítulo III de estas Condiciones Generales denominado "Límites de Sumas Aseguradas y Deducibles".

En caso de que los Gastos Funerarios sean menores a la suma asegurada, el remanente será pagado al (a los) Beneficiario(s) del Asegurado afectado.

2.1.2 Enfermedad.

Es la alteración de la salud del Asegurado afectado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

2.1.3 Enfermedad Preexistente.

Es aquella que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

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

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se haya hecho algún gasto para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

2.1.4 Período de Espera.

Esta cobertura no surtirá efectos si durante los primeros 3 (tres) meses de vigencia continua del seguro ocurre el fallecimiento del (de los) Asegurado(s) afectado(s) como consecuencia de alguna Enfermedad Preexistente de las señaladas a continuación:

- a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o fuere seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
- b) Insuficiencia renal crónica.**
- c) Hipertensión arterial.**
- d) Enfisema pulmonar, bronquitis crónica.**
- e) Infarto, angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardíacas o bypass coronario.**
- f) Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales.**
- g) Cualquier tipo de diabetes.**

- h) Cáncer de cualquier tipo y estudio, leucemia o hemofilia.**
- i) Lupus eritematoso sistémico.**
- j) Esclerosis múltiple.**
- k) Trasplante cardíaco, hepático y/o renal.**
- l) Toxicomanías, uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o usados en forma distinta a su prescripción.**
- m) Cirrosis hepática.**
- n) Enfermedades hepáticas crónicas o pancreatitis.**

2.1.5 EXCLUSIÓN.

Suicidio dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua del seguro, ya sea que se cometa en estado de enajenación mental o libre de ella.

2.2 Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental.

2.2.1 Cobertura.

Si durante la vigencia de esta póliza a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento de alguno de los Asegurados, la Compañía pagará en una sola exhibición a su(s) Beneficiario(s) la suma asegurada que corresponda según lo establecido en el Capítulo III de estas Condiciones Generales denominado "Límites de Sumas Aseguradas y Deducibles", siempre y cuando no esté específicamente excluido en el numeral 2.2.2., de estas Condiciones Generales denominado "Exclusiones"

2.2.2 Exclusiones.

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

- a) Riñas, siempre que el Asegurado afectado sea el provocador.**
- b) Su participación en actos delictivos intencionales.**
- c) Prestar servicio militar de cualquier clase.**
- d) Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado afectado.**
- e) Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o usados en forma distinta a su prescripción.**
- f) El uso de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- g) Que participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) El uso de motocicletas, motonetas y acuamotos.**
- i) La participación directa en eventos de alpinismo, buceo, paracaidismo, o tauromaquia.**

- j) Realizar funciones como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.**
- k) Envenenamiento o intoxicación de cualquier origen o naturaleza, excepto que resulten de un Accidente Cubierto.**
- l) Reacciones o radiaciones nucleares, atómicas o ionizantes procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la contaminación radioactiva o de combustibles nucleares.**
- m) El ejercicio de las actividades propias de su trabajo, profesión u oficio.**

Otras Coberturas.

2.3 Ambulancia (Emergencia Médica).

2.3.1 Cobertura.

Esta cobertura consiste en otorgar al Asegurado titular y a su(s) Familiar(es) afectado(s), el traslado (en todas las Áreas Metropolitanas de los Estados Unidos Mexicanos) por causa de un Accidente Cubierto y/o Enfermedad ocurridos en el Hogar, en caso de que éste (éstos) lo requiera(n) al Hospital más cercano.

2.3.2 Deducible.

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

2.3.3 Límites.

Hasta un máximo de 2 (dos) eventos por año.

2.3.4 Exclusiones.

Esta Cobertura no ampara:

- a) Gastos médicos de hospitalización.**
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado titular y/o Familiar(es) afectado(s).**
- c) La participación directa del Asegurado titular y/o Familiar(es) afectado(s), en actos criminales.**
- d) La participación del Asegurado titular y/o Familiar(es) afectado(s) en riñas, salvo en caso de defensa propia.**
- e) La práctica de deportes como profesional, entendiéndose como profesional a la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
- f) La participación directa del Asegurado titular y/o Familiar(es) afectado(s) en cualquier clase de carreras, competencias oficiales y en exhibiciones.**
- g) Reacciones o radiaciones nucleares, atómicas o ionizantes procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la contaminación radioactiva o de combustibles nucleares.**
- h) Enfermedades mentales o alienación.**
- i) Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

j) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de un oficio o profesión de carácter eminentemente manual.

2.4 Asistencia Automovilística.

2.4.1 Auxilio Vial Básico.

En caso de que el Automóvil no pueda circular **por causas distintas a una Avería, así como por un accidente automovilístico**, la Compañía proporcionará al Asegurado titular el Auxilio Vial Básico.

En todos los casos el Asegurado titular deberá estar presente al momento de recibir el Auxilio Vial Básico.

2.4.1.1 Límites.

Hasta un máximo de 2 (dos) eventos por año.

2.4.2 Envío y Pago de Remolque.

En caso de Avería que requiera una Reparación Mayor, la Compañía organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque al lugar más cercano en que el Automóvil pueda ser reparado o que el Asegurado titular designe.

El servicio de envío y pago de remolque incluye la utilización de plataformas, sólo cuando el Automóvil no pueda ser remolcado por una grúa convencional o por el tipo de Avería. Asimismo, incluye, si el remolque así lo requiere, el pago de casetas de peaje.

En todos los casos, el Asegurado titular deberá acompañar a la grúa durante el traslado.

2.4.2.1 Límites.

Hasta un límite máximo de \$1,600.00 (Un mil seiscientos pesos 00/100 M.N.) por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año. El servicio de remolque solo se proporcionará en caso de que la Avería exista a menos de 50 (cincuenta) kilómetros del lugar de su Residencia Permanente del Asegurado titular.

2.4.2.2 Pago de Excedente.

En caso de que el arrastre del Automóvil exceda los 15 (quince) kilómetros y/o \$1,600.00 (Un mil seiscientos pesos 00/100 M.N.), el Asegurado titular pagará el excedente directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste en el momento de prestar el servicio.

2.4.3 Referencia de Talleres Mecánicos.

A solicitud del Asegurado titular, la Compañía le proporcionará información actualizada a través de su Centro de Atención Telefónica, de los talleres de servicio automotriz autorizados más cercanos al lugar de la Avería.

2.4.4 Asesoría para la Denuncia de Robo o Pérdida del Automóvil.

En caso de robo o pérdida del Automóvil, la Compañía proporcionará a través de su Centro de Atención Telefónica, a solicitud del Asegurado titular, información sobre los pasos a seguir, desde la búsqueda hasta la formulación de la denuncia ante las autoridades competentes.

2.4.5 Gastos de Hotel por Avería o Robo Total del Automóvil.

Estos servicios sólo se proporcionarán cuando el Asegurado titular viaje dentro de los Estados Unidos Mexicanos pero fuera del lugar de su Residencia Permanente a partir del kilómetro 100 (cien) cuando ésta se localice en la Ciudad de México y a partir del kilómetro 50 (cincuenta) en el resto de los Estados Unidos Mexicanos.

Si la reparación del Automóvil requiere más de 8 (ocho) horas, la Compañía pagará la estancia del Asegurado titular en un hotel seleccionado por éste.

En caso de robo del Automóvil y después de levantar el acta correspondiente ante las autoridades competentes, la Compañía pagará la estancia del Asegurado titular en un hotel seleccionado por éste.

2.4.5.1 Límites.

Hasta \$800.00 (Ochocientos pesos 00/100 M.N.) por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año.

2.4.6 Exclusiones.

Estos beneficios no aplican, si el problema es debido a:

- a) La actividad profesional del Asegurado titular o por implicaciones en tráfico, consumo y/o posesión de estupefacientes o sustancias psicotrópicas o medicamentos no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
- b) Golpes o choques intencionales.**
- c) El uso del Automóvil en la comisión de actos delictivos.**
- d) Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado titular.**
- e) Que el Automóvil haya sido introducido ilegalmente al país.**
- f) Labores de mantenimiento, revisiones al Automóvil, reparaciones mayores y la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el Asegurado titular y/o su(s) Familiar(es) o por un tercero no autorizado.**

g) Remolque del Automóvil con carga o con heridos, así como sacar al Automóvil atascado o atorado en baches o barrancos.

h) La falta de gasolina y/o aceites, acumuladores descargados o en mal estado, ponchadura o falta de aire en las llantas no dan derecho al servicio de remolque.

Obligaciones del Asegurado titular, aplicables a los puntos 2.3 “Ambulancia (Emergencia Médica)” y 2.4 “Asistencia Automovilística”

Solicitud.

En caso de requerir las coberturas de los puntos antes señalados el Asegurado titular deberá llamar al Centro de Atención Telefónica de la Compañía facilitando los siguientes datos:

- a) Su nombre y su número de teléfono donde podrá contactársele.
- b) Lugar donde se encuentra.
- c) Descripción detallada del tipo de ayuda que se requiere.

Para el punto 2.3 “Ambulancia (Emergencia Médica)”, el (los) Familiar(es) afectado(s) podrá(n) llamar al Centro de Atención de la Compañía debiendo proporcionar los datos señalados anteriormente.

Normas Generales.

a) Moderación: El Asegurado titular y/o Familiar(es) afectado(s) está(n) obligado(s) a tratar de moderar los efectos de las situaciones por las que se afectan las coberturas.

b) Personas que prestan las coberturas 2.3 “Ambulancia (Emergencia Médica)” y 2.4 “Asistencia Automovilística”

Las personas que suministran los servicios que otorgan dichas coberturas son prestadores independientes de la Compañía.

III. Límites de Sumas Aseguradas y Deducibles.

Los límites de las sumas aseguradas y deducibles establecidos para cada una de las coberturas se desglosan a continuación:

Coberturas	Límite de Suma Asegurada	Deducible
Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)	\$ 17,460.00*	\$ 0.00
Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental	\$100,000.00	\$ 0.00
Ambulancia (Emergencia Médica)	*	\$150.00
Asistencia Automovilística	*	\$ 0.00

* Conforme a los límites establecidos en los puntos correspondientes.

IV. Cláusulas Generales.

1a. Beneficiario.

Es la persona designada como tal, con derecho a reclamar en su caso el pago de las sumas aseguradas de las coberturas de fallecimiento.

Para efectos de la cobertura de "Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)" se designa como Beneficiario en primer lugar a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a los servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado afectado, y como Beneficiario en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, al Cónyuge o Concubina(río) del Asegurado afectado, en ausencia de éste, serán los hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado afectado por partes iguales.

Para efectos de la cobertura de "Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental" la suma asegurada a que se refiere el Capítulo III de estas Condiciones Generales denominado "Límites de Sumas Aseguradas y Deducibles", se designa como Beneficiario al Cónyuge o Concubina(río) del Asegurado afectado, en ausencia de éste serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado afectado por partes iguales.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado afectado.

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra. Para efectuar dicho cambio deberá notificarlo por escrito a la Compañía,



indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que les corresponde (a cada uno de ellos), y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado 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 caso de que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro 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 afectado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a la de los supervivientes, salvo estipulación en contrario por parte del Asegurado afectado o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) Beneficiario(s).

Advertencia.

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

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

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

2a. Edad.

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

Cuando el Asegurado titular cumpla 99 (noventa y nueve) años de edad, estas coberturas se darán por terminadas. En caso de que el Cónyuge o Concubina(rio) del Asegurado titular sea quien alcance primero los 99 (noventa y nueve) años de edad, estas coberturas solamente se renovarán para el Asegurado titular.

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

3a. Primas.

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

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

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



Si el Contratante no liquida la prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

El Contratante estará obligado a pagar la prima con cargo a su estado de cuenta emitido por la Tienda Departamental, por lo que se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o el Asegurado titular tengan el original del estado de cuenta expedido precisamente por la Tienda Departamental, donde aparezca el cargo de la prima.

La Compañía podrá reclamar de los Asegurados el pago de la prima cuando el Contratante y/o Asegurado titular que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar la prima que se le adeude, con la prestación debida al (a los) Asegurado(s) o Beneficiario(s).

4a. Suicidio (Aplicable sólo a las Coberturas 2.1 “Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)” y 2.2 Asegurada por Muerte Accidental “Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental”).

En caso de muerte del Asegurado por suicidio ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de la póliza, contado a partir de su fecha de emisión o, en su caso, de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y/o estado mental o físico del Asegurado, la Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada, sino sólo a devolver la parte no devengada de la última prima pagada.

5a. Rehabilitación.

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

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

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

6a. Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- A) Si el (los) Asegurado(s) o algún(os) Familiar(es) o el (los) Beneficiarios con el fin de hacerla incurrir en error disimula(n) o declara(n) inexactamente sobre hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.**
- B) Si con igual propósito no entrega(n) en tiempo a la Compañía la documentación de que trata la Cláusula 20a. de estas Condiciones Generales denominada "Procedimientos y Medidas en caso de Siniestro".**

7a. Procedimiento de Altas y Bajas.

- a) La persona que desee adquirir el carácter de Asegurado titular será dada de alta en el momento en el que éste de su consentimiento expreso para ello y estará asegurada desde las 12.00 horas del día en que de dicho consentimiento y hasta el término de vigencia de la póliza conforme a lo establecido en la Cláusula 8a. de estas Condiciones Generales denominada "Principio y Término de Vigencia".

- b) El Asegurado titular o Contratante podrá solicitar la baja del seguro, únicamente deberá llenar la forma correspondiente para efectuar dicho trámite en la oficina de la Compañía más cercana a su domicilio, dejando así de realizarse el cargo del seguro en el próximo corte del estado de cuenta.

8a. Principio y Término de Vigencia.

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

En caso de que bajo este producto se expidan nuevas pólizas individuales para el Asegurado titular, éstas dejarán sin efectos las pólizas individuales emitidas con anterioridad.

9a. Terminación Anticipada del Contrato.

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

Cuando sea el Contratante o Asegurado titular quien lo dé por terminado, deberá hacerlo mediante notificación realizada por escrito a la Compañía, y cuando sea la Compañía quien lo dé por terminado, lo cual no es aplicable a los puntos 2.1 "Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)" y 2.2 "Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental", ésta lo hará mediante



notificación por escrito al Asegurado titular, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 (quince) días naturales de recibida la notificación respectiva, debiendo hacer la devolución a que se refiere el párrafo anterior a más tardar al momento de efectuar tal notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

10a. Límite Territorial.

Para los puntos 2.3 “Ambulancia (Emergencia Médica)” y 2.4 “Asistencia Automovilística” la presente póliza sólo surtirá sus efectos dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos. En el caso de los puntos 2.1 y 2.2 de estas Condiciones Generales denominados “Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)” y “Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental”, procederán en cualquier parte del mundo.

11a. Moneda.

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

En el supuesto de que los gastos realizados para la cobertura de “Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)” se hayan satisfecho en moneda extranjera, las obligaciones a cargo de la Compañía se indemnizarán entregando su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en los Estados Unidos Mexicanos que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación el día de pago.

12a. Cambios.

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



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

13a. Comunicaciones.

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

14a. Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer en el término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa 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 las mismas o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio del cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 227 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

15a. Prescripción.

Las acciones que deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea el fallecimiento del Asegurado y en 2 (dos) años en los demás casos. Estos plazos se contarán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda 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.

16a. Lugar y pago de indemnización.

En caso de que se determine que el siniestro es procedente, la Compañía efectuará el pago de la indemnización que corresponda en cualquiera de sus oficinas y dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha que haya recibido los documentos e información que le permitan determinar las circunstancias del siniestro y consecuentemente la procedencia o improcedencia de la reclamación en los términos de la Cláusula 20a. de estas Condiciones Generales denominada "Procedimientos y Medidas en caso de Siniestro"

17a. Interés Moratorio.

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianza, mismo que a continuación se transcribe:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

18a. Facultad de Designación de los Prestadores de Servicios.

Será facultad de la Compañía contratar a los prestadores de servicios que puedan otorgar las coberturas 2.3 “Ambulancia (Emergencia Médica)” 2.4 “Asistencia Automovilística”

19a. Comisión o Compensación Directa que le corresponda al Intermediario o Persona Moral.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

20a. Procedimientos y Medidas en caso de Siniestro.

20.1 Aviso.

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

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

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

En todos los casos el Asegurado afectado y/o el (los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar el estado de cuenta emitido por la Tienda Departamental, donde aparezca el cargo de la prima, correspondiente a la fecha del siniestro.

20.3 Disposiciones para las coberturas 2.1 “Apoyo para Gastos Funerarios del (de los) Asegurado(s)” y 2.2 “Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental”

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado afectado:

- Factura original o copia certificada desglosando los gastos efectuados, sólo para la cobertura de Apoyo para Gastos funerarios del (de los) Asegurado(s).
- Copia certificada del acta de defunción.
- Copia simple del certificado de defunción.
- Copia certificada del acta de nacimiento.
- Identificación oficial vigente con fotografía y firma legibles (Credencial para Votar, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar Nacional).
- Comprobante de domicilio con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

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

Del (de los) Beneficiario(s):

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

- B. En su caso, acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato.

21a. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el solicitante, el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía.

La Compañía se obliga a entregar por escrito esta póliza al solicitante, al Asegurado o al Contratante, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado, conforme a lo siguiente:

- A). Cuando la contratación se realice por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102 primer párrafo y 103 fracciones I y II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Compañía proporcionará la documentación contractual físicamente en el momento de la contratación o por cualquiera de los medios previstos en el siguiente inciso.
- B). Cuando la contratación se realice mediante Operaciones Electrónicas, la Compañía entregará la documentación contractual en el domicilio o en la dirección de correo electrónico proporcionado por el solicitante, el Asegurado o el Contratante al momento de la contratación. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, Contratante o Asegurado.

En caso de que por cualquier motivo no se reciba la documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente), el solicitante, el Asegurado o el Contratante deberá llamar al centro de atención telefónica de la Compañía, cuyo número es el 54-47-8000 para la Ciudad de México y área metropolitana o el 01-800-90-90000 para todo el país, con horarios de atención de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 horas, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico conforme se señala en el inciso B) anterior, se le proporcionen dichos documentos

Con independencia de lo anterior, el solicitante, Asegurado o Contratante puede obtener un duplicado de la documentación contractual llamando al centro de atención telefónica de la Compañía, conforme se establece en el párrafo que antecede, o realizar la consulta y descarga de la misma a través de nuestro portal de internet www.inbursa.com.

Para cancelar la póliza de seguro o solicitar que la misma no se renueve, se deberá sujetar a lo siguiente:

- i). Si el seguro se contrató presencialmente, el Asegurado o el Contratante deberá solicitarlo mediante escrito entregando en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse.
- ii). Si el seguro se contrató mediante Operaciones Electrónicas, el Asegurado o el Contratante deberá solicitarlo conforme se establece en el inciso anterior, o por el mismo medio por el que contrató, o llamando al centro de atención telefónica de la Compañía; al realizar el trámite se le asignará un folio de atención que será el comprobante de que esta póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

La Compañía antes de emitir el acuse o folio correspondiente se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado y/o Contratante que haya formulado la solicitud para no renovar la póliza o para la cancelación o terminación anticipada de la misma.

22a. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante, el Asegurado y el Beneficiario tienen la opción de hacer uso de medios electrónicos, que son los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Para efectos de lo anterior, el Contratante, el Asegurado y el Beneficiario pueden solicitar tal contratación a la Compañía, quien les brindará los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en la página de Internet de la Compañía: www.inbursa.com

ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”.

“Te recordamos que el Aviso de Privacidad de la Compañía está a su disposición en www.inbursa.com”

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana 5238-0649 o desde el interior de la República al 01-800-849-1000, de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs., o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

Patrimonial Inbursa, S.A.

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 30 de Diciembre de 2011, con el número PPAQ-S0006-0068-2011; a partir del 01 de Abril de 2015, con el número RESP-S0006-0240-2015 y a partir del 16 de agosto de 2018 con el número CGEN-S0006-0063-2018 / CONDUSEF-001610-02.