Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Cuenta con Sanborns

Índice

CAPITULO		PÁGINA
I	Cláusulas Generales	1
II	Características del Plan de Seguro (Cobertura Básica)	6
III	Coberturas Adicionales	8
IV	Exclusión aplicable a todas las coberturas	14
V	Sumas Aseguradas y Deducibles, Beneficiarios, Pagos de las Sumas Aseguradas y Prestación de Servicios	15

Capítulo I. Cláusulas Generales

1.1. Definiciones

Asegurado
Se considerará como Asegurado para efectos de esta póliza, al titular de la cuenta estipulado en el contrato de depósito bancario de dinero a la vista que haya celebrado el Contratante.

Aseguradora, Compañía o Institución
Patrimonial Inbursa, S.A.

Contrato
La solicitud de seguro, esta póliza, el Registro de Asegurados, los consentimientos, los certificados individuales y los endosos adicionales, son parte del contrato de seguro y constituyen prueba de su celebración.

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

Contratante
Es la institución bancaria que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza, responsable ante la Compañía de pagar las primas del seguro.

Grupo Asegurado
Está constituido por el conjunto de personas que, encontrándose dentro de los parámetros que establece esta póliza para ser Asegurados, queden inscritos en el Registro de Asegurados de esta póliza.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por algún error sean inscritas en el Registro de Asegurados de la póliza, por lo que el contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las primas pagadas.

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

El número mínimo de Asegurados para la emisión o renovación de esta póliza deberá ser de 25.

1.2. Endoso de Auto-administración
Mediante este endoso se estipulan los procedimientos administrativos y operativos de la póliza, en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

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

La vigencia de los certificados individuales principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en dichos certificados y están supeditados a la vigencia de esta póliza. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

1.4. 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 cuyo caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, por lo que la única obligación de la Compañía será devolver la prima de tarifa neta del costo de adquisición no devengada.

PI-2016-5 ENERO 2017

1.5. Renovación
La Aseguradora podrá renovar este contrato de seguro cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del «Reglamento del Seguro de Grupo para Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades», en la fecha de vencimiento del contrato.

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.
- La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- Se respetaran los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente de estas Condiciones Generales.
- Los periodos de espera no serán modificados.
- La edad máxima de renovación será de 99 (noventa y nueve) años, conforme al numeral 1.11 de las presentes Condiciones Generales, misma que no podrá ser modificada en perjuicio del Asegurado.

1.6 Modificaciones
Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos endosos. La Compañía se reserva el derecho de modificar la prima de esta póliza, previo aviso dado al Contratante con por lo menos 60 (sesenta) días naturales de anticipación de acuerdo a la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

1.7. Carencia de restricciones
Salvo lo establecido en la cláusula 1.19 Límite Territorial y a las exclusiones establecidas en esta póliza, este Contrato no está sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, viajes u ocupación de los Asegurados.

1.8. Moneda
Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante 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 del pago.

1.9. Prima
La suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado conformará la prima total de esta póliza.

El pago de las primas se hará mediante pago fraccionado en mensualidades. Esta forma de pago 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 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 del término máximo que se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía,contado a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada periodo 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.
El Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de esta póliza o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá quela prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o alguno de los Asegurados tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado.

Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

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

1.10. Rehabilitación

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

- Solicitud de Rehabilitación de esta Póliza con fecha y firma del Asegurado (en el formato establecido por la Compañía); y
- Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

La Compañía no cubrirá los siniestros ocurridos, **durante el Periodo al Descubierto**. **Esta póliza y los certificados individuales, se considerarán rehabilitados una vez que se hayan cumplido los requisitos de rehabilitación, se haya pagado la prima correspondiente y la Compañía le dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del endoso antes referido.**

1.11. Edad

Solamente pueden ser aseguradas en la cobertura básica las personas cuya edad cumplida sea de 18 (dieciocho) años a la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual y que no hayan cumplido los 66(sesenta y seis) años de edad. Los certificados individuales se renovarán mientras esté vigente esta póliza y hasta el aniversario en que cada Asegurado alcance los 99 (noventa y nueve) años de edad.

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

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

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

a) 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;

b) Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;

c) 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 rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, 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.

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

Los límites de admisión y cobertura para las coberturas adicionales serán los estipulados para cada una en el Capítulo III «Coberturas Adicionales».

1.12. Movimientos de Asegurados

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

a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado,
b) Saldo Promedio Mensual de los 3 (tres) meses anteriores,
c) Suma asegurada o regla para determinarla,
d) Fecha en que entre en vigor el seguro de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado y fecha de terminación del mismo,
e) Operación y plan de seguros,
f) Número de certificado individual, y
g) Coberturas amparadas.

La Compañía no entregará al Contratante copia de este registro, dado que esta póliza es Auto-administrada y la información aludida obra en poder del mismo.

1.12.2. Altas
Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

1.12.3 Bajas en el Grupo Asegurado
Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá al Contratante la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos.

1.13. Suicidio
La Compañía estará obligada al pago de la suma asegurada en caso de muerte por suicidio de alguno de los Asegurados, cualquiera que haya sido su causa y su estado mental o físico, si se verifica después de 2 (dos) años de la celebración del contrato. La Compañía sólo rembolsará al Contratante el importe de la reserva matemática que corresponda ha dicho certificado, si el suicidio ocurre antes de los 2 (dos) años.

1.14. 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 la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio del cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.15. Comunicaciones
Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados o de los Beneficiarios deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en la carátula de esta póliza y en los certificados individuales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los Beneficiarios, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

1.16. 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 de los asegurados 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 la 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 la Compañía.

1.17. 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.

1.18. Comisiones

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

1.19. Límite Territorial

La cobertura básica de Apoyo para Gastos Funerarios y las coberturas adicionales mencionadas en los puntos 3.1. Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental (MA) y 3.2. Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves (SEVI) del Capítulo III de estas Condiciones Generales, procederán en cualquier parte del mundo.

En el caso de las coberturas adicionales 3.3. Ambulancia (Emergencia Médica) y 3.4. Asistencia Automovilística mencionadas en el Capítulo III de estas Condiciones Generales, sólo surtirán sus efectos dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

1.20. Legislación aplicable.

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

Capítulo II. Características del Plan de Seguro (Cobertura Básica)

2.1. Definiciones

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

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

Enfermedad Preexistente
Aquella Enfermedad 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 médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) que 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.

2.2. Cobertura Básica

Apoyo para Gastos Funerarios
A consecuencia del fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a sus Beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en el punto 5.1del Capítulo V de estas Condiciones Generales, denominado «Sumas Aseguradas y Deducibles».

2.2.1. Período de Espera
Esta cobertura no surtirá efecto si durante los primeros 3 (tres) años de vigencia continua del seguro ocurre el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de alguna Enfermedad Preexistente de las señaladas a continuación:

- **Cirrosis hepática,**
- **Insuficiencia Renal Crónica o rechazo de trasplante,**
- **Cualquier tipo de diabetes,**
- **Esclerosis múltiple,**
- **Enfisema pulmonar, bronquitis crónica,**
- **Trasplante cardíaco, hepático y/o de médula,**
- **Enfermedades hepáticas crónicas,**
- **Pancreatitis,**
- **Infarto, angina de pecho, aneurismas, arritmia, enfermedades valvulares cardiacas o bypass coronario,**
- **Accidentes vasculares y/o aneurismas cerebrales,**
- **Cáncer de cualquier tipo y estadío, leucemia,**
- **Hemofilia,**
- **SIDA, e**
- **Hipertensión Arterial.**

2.2.2. Exclusiones

Esta póliza no surtirá efectos si el fallecimiento del Asegurado ocurre por las siguientes causas:

A. **Lesiones derivadas de un Accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del certificado o de su última rehabilitación.**
B. **Lesiones derivadas de heridas por arma de fuego o punzocortante, ocurridas antes del inicio de vigencia del certificado o de su última renovación, siendo el Asegurado culpable o no.**
C. **Lesiones derivadas de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
D. **Manejo de explosivos, uso y/o portación de armas de fuego.**
E. **Toxicomanía, uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o usados en forma distinta a su prescripción.**
F. **Práctica de los siguientes deportes de manera amateur o profesional: Buceo, alpinismo, motociclismo (en competencia), rapel, cualquier tipo de deporte aéreo.**

Capítulo III. Coberturas Adicionales

3.1. Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental (MA)

3.1.1. Definiciones

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

Accidente cubierto
Se considerará como tal, a aquel que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y del certificado individual del Asegurado afectado.

3.1.2. Cobertura
Si durante la vigencia de esta póliza y del certificado individual, a causa de un Accidente cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a sus Beneficiarios la suma asegurada que corresponda según lo establecido en el punto 5.1del Capítulo V de estas Condiciones Generales, denominado «Sumas Aseguradas y Deducibles».

La edad de contratación para esta cobertura es de 18 (dieciocho) a 65 (sesenta y cinco) años de edad, renovándose hasta los 99 (noventa y nueve) años de edad.

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

a) Accidentes ocurridos a consecuencia de la participación activa del Asegurado en la comisión de un delito.
b) Riña, siempre que el Asegurado sea el provocador.
c) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no.
d) Prestar servicio militar de cualquier clase.
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) La participación 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 en eventos de alpinismo, buceo, paracaidismo o tauromaquia.
j) Radiaciones atómicas o ionizantes.
k) Realizar funciones como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
l) Envenenamiento o intoxicación de cualquier origen o naturaleza, excepto que resulten de un accidente.

3.2. Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves (SEVI)

Solamente se otorgará esta cobertura cuando el Asegurado tenga el Saldo Promedio Mensual requerido para ello en el numeral 5.1 del capítulo V de estas Condiciones Generales y en el certificado individual.

3.2.1. Definiciones

Enfermedad Grave
Es la alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de esta cobertura, sólo las 7 (siete) Enfermedades Graves que más adelante se señalan.

Enfermedad Preexistente
Aquella Enfermedad Grave 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 médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) que 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.

3.2.2. Cobertura
En caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las 7 (siete) Enfermedades Graves que se enuncian más adelante, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada para esta Cobertura Adicional, establecida en el punto 5.1del Capítulo V de estas Condiciones Generales, denominado «Sumas Aseguradas y Deducibles», al tener en su poder las pruebas del diagnóstico de la Enfermedad Grave.

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir se le compruebe el diagnóstico presentado, solicitándole 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.

Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

El Asegurado deberá presentar a la Compañía una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.

Los límites de edad para contratar esta cobertura adicional son de 18 (dieciocho) a 55 (cincuenta y cinco) años.

Esta cobertura terminará para cada Asegurado, sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa, en el aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura del Plan del Seguro, lo que ocurra primero.

Las 7 (siete) Enfermedades Graves cubiertas son:

- Infarto al Miocardio
- Cáncer
- Enfermedad Vascular Cerebral
- Afección de las arterias coronarias que requieran de cirugía de bypass

- Insuficiencia Renal
- Trasplante de Órganos Vitales
- Parálisis/Paraplejia

Las Enfermedades Graves cubiertas deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto 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 cardiaca, insuficiencia cardiaca, bloqueos cardiacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

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 Hondgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos**. El diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

Enfermedad Cerebro Vascular
Una enfermedad o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass
La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de 2 (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**.

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.

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

Parálisis/Paraplejia
La pérdida total del uso de 2 (dos) o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

3.2.3. Exclusiones

Esta cobertura no surtirá efecto en aquellos casos en que los padecimientos de las Enfermedades Graves cubiertas hayan sido provocadas por:

a) Lesiones que deliberadamente se cause el Asegurado.
b) Culpa grave del Asegurado como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizadas en forma distinta a dicha prescripción.
c) Riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.
d) Lesiones derivadas de la participación activa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
e) Un estado de revolución o guerra declarada o no.
f) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.
g) Enfermedades preexistentes.
h) La presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

También quedan excluidas todas las Enfermedades que no sean las anteriormente descritas en esta cobertura adicional.

3.3. Ambulancia (Emergencia Médica)

Para efectos de esta cobertura, también se considerará como Asegurados al cónyuge o concubina(rio), hijos y demás dependientes económicos del titular de la cuenta estipulado en el contrato de depósito bancario de dinero a la vista, sólo si vivieren permanentemente con éste.

Esta cobertura consiste en otorgar a los Asegurados el traslado (en todas las Áreas Metropolitanas de los Estados Unidos Mexicanos) por causa de un accidente y/o enfermedad en el hogar, en caso de que éste (estos) lo requiera(n), al centro hospitalario más cercano.

3.3.1. Deducible

Cualquier solicitud de este servicio causará la aplicación de un deducible de acuerdo a lo establecido en el punto 5.1del Capítulo V de estas Condiciones Generales, denominado «Sumas Aseguradas y Deducibles».

3.3.2. Límites

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

3.3.3. Exclusiones

Esta cobertura no cubrirá el traslado por causa de un accidente y/o enfermedad derivado de:

a) Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado.
b) La participación activa del Asegurado, en actos criminales.
c) La participación del Asegurado en riñas, salvo en caso de defensa propia.
d) La práctica de deportes como profesional, entendiéndose como profesional a la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.
e) La participación del Asegurado, en cualquier clase de carreras, competencias oficiales y en exhibiciones.
f) Radiaciones atómicas o ionizantes.
g) Enfermedades mentales o alienación.
h) Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
i) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de un oficio o profesión de carácter eminentemente manual.

Esta cobertura tampoco cubrirá gastos médicos de hospitalización.

3.4. Asistencia Automovilística

Las coberturas que integran la de Asistencia Automovilística son las siguientes:

- Auxilio Vial Básico,
- Envío y Pago de Remolque,
- Referencia de Talleres Mecánicos,
- Asistencia Telefónica, y
- Gastos de Hotel por Avería o Robo Total del Automóvil.

3.4.1. Definiciones

Automóvil

Vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado específicamente para el transporte de personas con permiso o placas de circulación otorgadas por la autoridad competente.

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

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

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 considerará Avería el faltante de alguna pieza por robo de ésta.**

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

3.4.2 Auxilio Vial Básico
En caso de que el Automóvil no pueda circular por falta de gasolina, pinchadura de llanta y/o quedarse sin batería para el arranque del vehículo, la Compañía proporcionará al Asegurado el Auxilio Vial Básico definido en el punto 3.4.1. En todos los casos el Asegurado deberá estar presente al momento de recibir el Auxilio Vial Básico.

3.4.2.1. Límites
Esta cobertura se encuentra limitada 2 (dos) eventos por año y certificado.

3.4.3. Envío y Pago de Remolque
En caso de Avería que requiera de una Reparación Mayor, la Compañía organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque hasta el lugar más cercano en el que el Automóvil pueda ser reparado o que el Asegurado indique.

En todos los casos que sean posibles, el Asegurado o su representante deberá acompañar a la grúa durante el traslado.

Los servicios de remolque sólo se proporcionarán en caso de que éste exista a menos de 50 (cincuenta) kilómetros del lugar de la Avería. **No se incluye la utilización de plataformas, salvo que éstas sean indispensables por el tipo de Automóvil o Avería**. Asimismo, incluye, si el remolque así lo requiere, el pago de casetas de peaje.

3.4.3.1. Límites
Los servicios de remolque se proporcionarán al lugar que el Asegurado designe, con un límite de hasta 15 (quince) kilómetros por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año y certificado.

3.4.3.2. Pago de Excedente
En caso de que el arrastre del Automóvil exceda los 15 (quince) kilómetros, el Asegurado pagará el excedente directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Asegurado.

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

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

b) Si el Asegurado tuviere un accidente automovilístico y/o fuese sancionado con motivo de una infracción de tránsito la Compañía proporcionará al Asegurado mediante su Centro de Atención Telefónica el procedimiento a seguir ante las autoridades locales.

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

Los servicios de esta cobertura solamente se proporcionarán a partir del kilómetro 100 (cien) del lugar de residencia permanente del Asegurado cuando ésta se localice en el Distrito Federal y a partir del kilómetro 50 (cincuenta) en el resto de los Estados Unidos Mexicanos.

Si el Automóvil sufriera una Avería y su reparación requiriese más de 8 (ocho) horas, la Compañía pagará al Asegurado la estancia en un hotel escogido por él.

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

3.4.6.1. Límite

Esta cobertura se encuentra limitada a $450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 M. N.) por evento con un máximo de 2 (dos) eventos por año y certificado.

3.4.7. Exclusiones

Las coberturas de Asistencia Automovilística no se proporcionarán en los siguientes casos:

a) Debido a la actividad profesional u oficio del Asegurado o por implicaciones en tráfico, consumo y/o posesión de estupefacientes o sustancias psicotrópicas o medicamentos no prescritos por médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.
b) Golpes o choques intencionales.
c) Uso del Automóvil en la comisión de actos delictivos.
d) Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.
e) Cuando 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 o por un tercero no autorizado.
g) Remolque del Automóvil con carga o con heridos.
h) Sacar el Automóvil atascado o atorado en baches o barrancos.
i) La falta de gasolina y/o aceite, acumuladores descargados y/o ponchadura o falta de aire en las llantas no dan derecho al servicio de remolque.
j) Cuando el tiempo de reparación del Automóvil exceda las 8 (ocho) horas por falta de refacciones.

Capítulo IV. Exclusión aplicable a todas las coberturas.

Esta póliza no surtirá efectos si el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por un juez por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, si dicho Contratante, Asegurado y/o Beneficiario se encuentran registrados en la lista de «Specially Designated Nationals» (SDN) mantenido por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento de Hacienda de los Estados Unidos de América («OFAC» por sus siglas en inglés), o cualquier otra lista de naturaleza similar, dentro de lo permitido por la ley Mexicana.

En caso de que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario obtengan sentencia absolutoria definitiva, cuando así lo soliciten y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado sin cobertura de seguro, debiéndose en tal supuesto cubrir las primas que correspondan, a efecto de que se restablezcan los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro, que hubiere ocurrido en ese lapso, siempre que esté cubierto y no se encuentre expresamente excluido bajo los términos de esta póliza.

Capítulo V. Sumas Aseguradas y Deducibles, Beneficiarios, Pago de las Sumas Aseguradas y Prestación de Servicios.

5.1. Sumas Aseguradas y Deducibles

Cobertura Básica	Suma Asegurada	Deducible
Apoyo para Gastos Funerarios	$50,000.00	No aplica

Coberturas Adicionales (si se contrata)	Suma Asegurada	Deducible
Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental		
Con SPM desde $1.00 y menor a $20,000.00	$100,000.00	No aplica
Con SPM igual o mayor a $20,000.00	$500,000.00	No aplica
Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves		
Con SPM menor a $20,000.00	No hay cobertura	No aplica
Con SPM igual o mayor a $20,000.00	$100,000.00	No aplica
Ambulancia (Emergencia Médica)	Incluido	$150.00
Asistencia Automovilística	Incluido	No aplica

SPM = Saldo Promedio Mensual de la cuenta de depósito bancario de dinero a la vista del Asegurado Afectado.
El incremento de Suma Asegurada en la cobertura de Muerte Accidental y el pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves aplica sólo en las cuentas donde el SPM de cada uno de los 3(tres) últimos meses anteriores a la ocurrencia del siniestro cubierto en esta póliza sea de $20,000.00 o más.

Nota: Las Sumas Aseguradas de las Coberturas y el SPM requerido podrán cambiar a petición del Contratante.

5.2. Beneficiarios

Se designa como Beneficiario para efectos de las coberturas de Apoyo para Gastos Funerarios y Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental, al Cónyuge o Concubina(rio) del Asegurado, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del Asegurado por partes iguales.

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

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando esta póliza y el certificado individual se encuentren en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para efectuar dicho cambio deberá de notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que 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 (los) Beneficiario(s).

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe correspondiente al (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 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 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".

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiario, ni figurar con ese carácter en esta póliza.

5.3. Pago de las Sumas Aseguradas

Las sumas aseguradas correspondientes a esta póliza se pagarán a los Beneficiarios designados, tan pronto como la Compañía reciba las pruebas del derecho constituido a su favor conforme a lo establecido en esta póliza. Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía las sumas aseguradas que les correspondan.

En el caso de alguna indemnización procedente y una vez satisfecho lo establecido en esta cláusula, la Compañía procederá a realizar la indemnización dentro de los 30 (treinta) días naturales de conformidad con el Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Con la aceptación de esta póliza y del certificado de seguro correspondiente, el Asegurado y/o los reclamantes autorizan a la Compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al Asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o los reclamantes debe(n) 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 le(s) requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de la(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) correspondiente(s), 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.

5.3.1. Coberturas de Apoyo para Gastos Funerarios y Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental

La suma asegurada correspondiente a estas coberturas se pagará a los Beneficiarios en términos de la cláusula 5.2 Beneficiarios.

5.3.2. Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves

La suma asegurada de la cobertura de Enfermedades Graves, será pagada al Asegurado. En caso de que el Asegurado falleciere antes de reclamar esta cobertura adicional, la misma se pagará a sus Beneficiarios en términos de la cláusula 5.2 Beneficiarios.

5.4. Información acerca del siniestro

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía en un plazo máximo de cinco días, salvo caso fortuito y fuerza mayor.

La Compañía tendrá derecho a exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. El Asegurado o Beneficiario deberá entregar a la Compañía, en forma enunciativa más no limitativa, los documentos siguientes:

En toda reclamación que tenga como base la cobertura de Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental y/o Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves, deberán de presentarse los 3 (tres) estados de cuenta mensuales anteriores a la fecha del siniestro, emitidos por el Contratante.

Para el caso de las coberturas denominadas Apoyo para Gastos Funerarios y Pago de la Suma Asegurada por Muerte Accidental:

Del Asegurado:

- Copia certificada del acta de defunción.

- Copia simple del certificado de defunción.
- Copia certificada del acta de nacimiento.
- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional o Cédula Profesional).
- Original de un comprobante de domicilio, con máximo de 3 (tres) meses de antigüedad (recibo de luz, de telefonía o estados de cuenta bancarios).

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, Homicidio, Suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar copia certificada de la(s) averiguación(es) previa(s) completas levantadas ante el C. Agente del Ministerio Público o ante las autoridades que tuvieron conocimiento del fallecimiento, que contengan por lo menos: identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia.

Del reclamante:

- Carta de reclamación
- Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- Copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su acta de nacimiento.
- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional o Cédula Profesional).En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor
- Original de un comprobante de domicilio, con máximo 3 (tres) meses de antigüedad (recibo de luz, de telefonía o estados de cuenta bancarios).

En cuanto a la cobertura identificada como Pago de la Suma Asegurada por Enfermedades Graves:

Del Asegurado:

- Historia clínica completa.
- Informe médico debidamente requisitado y firmado por el o los médicos que lo atienden; este formato será proporcionado por la Compañía.
- El diagnóstico definitivo expedido por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Resultados de todos los estudios practicados.
- Copia certificada del acta de nacimiento.
- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional o Cédula Profesional).
- Original de un comprobante de domicilio, con máximo de 3 (tres) meses de antigüedad (recibo de luz, de telefonía o estados de cuenta bancarios).
- En su caso, copia certificada del acta de defunción y del certificado de defunción.

Del reclamante:

- Carta de reclamación
- Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.

En caso de que el reclamante sea distinto al Asegurado.

- Copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su acta de nacimiento.
- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte, Cartilla del Servicio Militar Nacional o Cédula Profesional).En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor
- Original de un comprobante de domicilio, con máximo 3 (tres) meses de antigüedad (recibo de luz, de telefonía o estados de cuenta bancarios).

5.5. Cómo solicitar los servicios de las coberturas de Ambulancia (Emergencia Médica) y Asistencia Automovilística.

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado, deberá llamar al Centro de Atención Telefónica de la Compañía facilitando los datos siguientes:

a) Nombre del Asegurado, en su caso nombre de la persona que requiere el servicio de asistencia, y de la persona que realiza la llamada.

b) Lugar donde se requiere el servicio de asistencia y, si es posible número de teléfono donde la Compañía podrá contactar al Asegurado y/o a la persona que realiza la llamada, así como todos los datos que la operadora le solicite para localizarlo.

c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

d) Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin la previa autorización de la Compañía.

Normas Generales

a) Moderación: El Asegurado está obligado a tratar de moderar los efectos de las situaciones de asistencia.

b) Personas que prestan los servicios de asistencia: Las personas que suministran los servicios de asistencia son prestadores independientes de la Compañía.

5.6. Facultad de Designación del Prestador de Servicios

Será facultad de la Compañía contratar al (los) prestador(es) de servicios que pueda(n) otorgar las coberturas de Ambulancia (Emergencia Médica) y Asistencia Automovilística.

GLOSARIO DE ARTÍCULOS

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO 8º.- *El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.*

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

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

ARTÍCULO 25.- *Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.*

ARTÍCULO 35*.-La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.*

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.*

ARTÍCULO 60.- *En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.*

Artículo 66.-*Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.*

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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

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

ARTÍCULO 100.- *Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.*

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

ARTÍCULO 101.- *Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.*

ARTÍCULO 111.- *La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.*

En el seguro de caución, la aseguradora se subrogará, hasta el límite de la indemnización pagada, en los derechos y acciones que por razón del siniestro tenga el asegurado frente al contratante del seguro y, en su caso, ante otros responsables del mismo.

La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

ARTÍCULO 116.- *La empresa podrá adquirir los efectos salvados, siempre que abone al asegurado su valor real según estimación pericial. Podrá también reponer o reparar a satisfacción del asegurado la cosa asegurada, liberándose así de la indemnización.*

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 200*.- Las instituciones de seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:*

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

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

III.- *Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro así como en la determinación del importe de las primas y extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta del riesgo;*

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

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

VI. *En el caso de las instituciones de seguros que operen en el ramo de salud, deberán:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 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.

ARTICULO 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.*

«Le recordamos que el *«Aviso de privacidad»* de la Compañía está 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 al Público con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, México, D.F., con teléfonos de atención en el D.F. y Área Metropolitana 52 38 06 49 o desde el interior de la República al 01 800 849 10 00, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com.

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

«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 08 de Febrero de 2016, con el número PPAQ-S0006-0010-2016.»