

CONDICIONES GENERALES

**SEGURO DE INDEMNIZACIÓN
DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

(HOSPITAL SEGURO)



INBURSA
Grupo Financiero

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN (HOSPITAL SEGURO)**

Av. Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, Ciudad de México, teléfonos de atención en la Ciudad de México y su Área Metropolitana el 54-17-8000 y desde el interior de la República el 01-800-90-90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 horas.

ÍNDICE	PÁGINA
Capítulo 1. Definiciones	3
Capítulo 2. Cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización	5
2.1. Hospitalización por Enfermedades y tratamientos quirúrgicos cubiertos con Período de Espera	5
Capítulo 3. Exclusiones	5
Capítulo 4. Reclamación de Sinistros	8
4.1. Aviso	8
4.2. Pago de Indemnizaciones	8
4.3. Indemnización	9
Capítulo 5. Cláusulas Generales	9
5.1. Contrato	9
5.2. Modificaciones al contrato	10
5.3. Vigencia	10
5.4. Terminación anticipada del contrato	10
5.5. Período de beneficio	10
5.6. Agravación del riesgo	10
5.7. Omisiones o inexactas declaraciones	10
5.8. Renovación automática	10
5.9. Edad	11
5.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado	11
5.11. Comunicaciones	12
5.12. Moneda	12
5.13. Competencia	12
5.14. Arbitraje médico	12
5.15. Prescripción	13
5.16. Primas	13
5.17. Rehabilitación	14
5.18. Indemnización por mora	14
5.19. Revelación de comisiones	14
5.20. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía, derivados de la contratación de este contrato	14
5.21. Cambio de plan	15
5.22. Legislación aplicable	16
Glosario de Artículos	17

Capítulo 1. Definiciones

Accidente

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

Accidente Cubierto

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

Asegurado

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

Compañía

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

Contratante

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

Emergencia Médica

Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata, entre los cuales de forma enunciativa mas no limitativa se consideran la afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass, enfermedad vascular cerebral, Infarto agudo al miocardio, parálisis/paraplejía y Politraumatismo, entre otros, los que afecten la función de la rodilla y/o de la columna vertebral.

Enfermedad o Padecimiento

Cualquier alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un Médico.

Enfermedad Cubierta

Aquella Enfermedad que se manifieste 30 (treinta) días naturales después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

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

Enfermero

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

Hospital

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

Hospitalización

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

Médico

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

Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

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

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

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

En caso de que se suscite una controversia por algún Padecimiento o Enfermedad Preexistente, se aplicará lo dispuesto en la cláusula 5.14. "Arbitraje médico".

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

Período al Descubierta

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

Período de Espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de esta póliza para cada Asegurado, a fin de que ciertas Enfermedades se encuentren cubiertas en la misma.

Politraumatismo

Múltiples lesiones graves traumáticas y/o quemaduras producidas en forma simultánea por un accidente; con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pongan en peligro la vida, un órgano o una función.

Suma Asegurada

Es el límite diario máximo de responsabilidad de la Compañía señalada en la carátula de esta póliza aplicable por Accidente o Enfermedad Cubiertos ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Capítulo 2. Cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado a consecuencia de un Accidente Cubierto, Enfermedad Cubierta o Emergencia Médica, la Compañía le pagará a partir del segundo día de Hospitalización, la Suma Asegurada diaria señalada en la carátula de esta póliza. **La responsabilidad máxima de la Compañía será de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.**

La Compañía, tendrá la obligación de cubrir el pago de la **Indemnización Diaria por Hospitalización** por siniestros ocurridos dentro de la vigencia de esta póliza, que sean procedentes, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- A) Se haya pagado la Indemnización Diaria por Hospitalización durante un período de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.
- B) El monto de la Indemnización por Hospitalización Diaria durante el periodo de vigencia de esta póliza y el periodo de beneficio establecido en la cláusula 5.5. "Período de beneficio".
- C) El cese de la Hospitalización.

2.1. Hospitalización por Enfermedades y tratamientos quirúrgicos cubiertos con Período de Espera

- A) **Una vez transcurrido un año de vigencia continua de esta póliza**, queda amparada la Hospitalización derivada de los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos, **excepto para lesiones provenientes de Politraumatismo, en cuyo caso no aplicará dicho período de espera:**

- 1) Amigdalectomía y adenoidectomía.
- 2) Cataratas.
- 3) Enfermedad acidopéptica (esofagitis, gastritis, duodenitis, úlcera gástrica y úlcera duodenal).
- 4) Eversiones, hernias y hernioplastias.
- 5) Hallux valgus (juanetes).
- 6) Insuficiencia venosa.
- 7) Litiasis del aparato genitourinario, independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.
- 8) Padecimientos anorectales.
- 9) Padecimientos y cirugía de vesícula y vías biliares.

- B) **Una vez transcurrido el segundo año de vigencia continua de esta póliza**, queda amparada la Hospitalización derivada de los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos, **excepto para lesiones provenientes de Politraumatismo, en cuyo caso no aplicará dicho período de espera:**

- 1) Histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.
- 2) Padecimientos de nariz o senos paranasales.
- 3) Prolapsos, cistocele, rectocele, colpo-perinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso perineal.
- 4) Tratamiento médico o quirúrgico de rodilla.
- 5) Tumoraciones mamarias.
- 6) Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral.
- 7) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante endoso expedido por la Compañía, quedarán cubiertos después del segundo año ininterrumpido de vigencia de esta póliza para cada Asegurado. Los padecimientos que no cumplan con lo estipulado en este punto, no quedarán cubiertos, aun cuando hayan transcurrido 2 (dos) años de vigencia ininterrumpida.

Capítulo 3. Exclusiones

Esta póliza excluye cualquier Hospitalización que sea a consecuencia de los conceptos enumerados a continuación:

- 1) Cualquier Enfermedad que se presente dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de esta póliza, salvo que se trate de Accidentes Cubiertos o Emergencias Médicas caso en el cual no aplicará ningún período de espera.
- 2) Cualquier Accidente y/o Enfermedad no cubiertos en esta póliza, así como los Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, aún y cuando estén declarados en la solicitud, excepto los que cumplan con lo establecido en el punto 7, del inciso B), numeral 2.1. "Enfermedades y tratamientos quirúrgicos Cubiertos con Período de Espera".
- 3) Hospitalización realizada fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- 4) Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.
- 5) Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos padecimientos psicológicos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.
- 6) Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuese en sus manifestaciones clínicas.
- 7) Trastornos del sueño o de la conducta, síndrome de fatiga crónica, rinosopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de estas.
- 8) Afecciones y complicaciones propias del embarazo, cesárea, parto, puerperio y legrado, cualquiera que sea su causa, a menos que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- 9) La Hospitalización por aborto cualquiera que sea su causa, así como sus complicaciones.
- 10) Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- 11) Accidentes o Enfermedades que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.
- 12) Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de algún Accidente Cubierto.
- 13) Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, así como los desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún Accidente Cubierto.

- 14) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- 15) Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.
- 16) Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.
- 17) Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.
- 18) Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.
- 19) Exámenes médicos para comprobar el estado de salud.
- 20) Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual, así como cualquiera de sus complicaciones.
- 21) Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.
- 22) Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.
- 23) Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.
- 24) Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.
- 25) Lesiones derivadas de un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.
- 26) Lesiones derivadas de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
- 27) Lesiones que le ocurran al Asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- 28) Lesiones que el Asegurado sufra mientras haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor de manera profesional, entendiéndose como profesional la persona que reciba cualquier tipo de remuneración por el uso de dichos vehículos.
- 29) Lesiones que el Asegurado sufra durante la práctica de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.

- 30) Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.
- 31) Lesiones que el Asegurado sufra por intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión.
- 32) Lesiones que el Asegurado sufra por manejo de explosivos y/o armas.
- 33) Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los Accidentes y/o Enfermedades no cubiertos, excluidos en este contrato.
- 34) Tratamientos experimentales o de investigación.
- 35) La Hospitalización del Asegurado cuando este sea el donante, o por complicaciones como consecuencia de la donación de órganos.
- 36) La Hospitalización realizada en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.
- 37) Consultas y tratamientos médicos a consecuencia de la andropausia y menopausia.
- 38) La Hospitalización realizada en Hospitales públicos.
- 39) Cualquier Accidente o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier período al Descubierta así como por la Hospitalización realizada en dicho período.
- 40) Cuando la Hospitalización del Asegurado se lleve a cabo en un Hospital de su propiedad, del Contratante, o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado o Contratante.

Capítulo 4. Reclamación de Siniestros

4.1. Aviso

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

4.2. Pago de Indemnizaciones

Cuando se presente una reclamación por algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y el importe así determinado no se descontará ninguna cantidad.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado y que haya estado en vigor al momento del primer día de Hospitalización relacionado con el Accidente, Emergencia Médica o Enfermedad Cubiertos.

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

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

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

Los teléfonos de atención 24 horas son los siguientes:
Para la Ciudad de México y su Área Metropolitana: 54 47 8089.
Desde el Interior de la República: 01 800 22 13 644 lada sin costo.

4.3. Indemnización

Los pagos de siniestros que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

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

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

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A) Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- B) Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- D) Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E) Original del estado de cuenta por la estancia hospitalaria del Asegurado o bien nota de egreso firmada por el Médico tratante, en donde se establezcan las fechas en que el Asegurado estuvo Hospitalizado para así determinar la indemnización que corresponda.

Capítulo 5. Cláusulas Generales

5.1. Contrato

La solicitud de seguro, esta póliza, la carátula y los endosos, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

5.2. Modificaciones al contrato

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

5.3. Vigencia

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

5.4. Terminación anticipada del contrato

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante la prima total por el tiempo de vigencia no corrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

5.5. Período de beneficio

En caso de que esta póliza se dé por terminada anticipadamente de conformidad con la cláusula 5.4. "Terminación anticipada de contrato" o ésta no se renueve y el Asegurado se encuentre hospitalizado, el Asegurado tendrá derecho a reclamar la indemnización que corresponda durante los siguientes 30 (treinta) días naturales contados a partir del día siguiente a la fecha en que se dio por terminado el contrato o éste no se renueve.

5.6. Agravación de riesgo

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

5.7. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y el Asegurado, según corresponda, está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 6, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

5.8. Renovación automática

Esta póliza se considerará renovada por períodos de un año, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando el Contratante, notifique en la forma establecida en el punto 5.11. "Comunicaciones" de este Contrato, su voluntad de no renovarlo cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

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

- a) Deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar períodos de espera, reducir límites de edad,

ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado, y

- b) La Compañía se obliga a informar al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de esta póliza, los valores de la prima, aplicables a la misma. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas que correspondan conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en ese momento;

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

5.9. Edad

La edad de aceptación para este producto será a partir de los 2 (dos) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, realizando la renovación hasta los 70 (setenta) años siempre y cuando contraten antes de los 60 (sesenta) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años siempre y cuando se haya contratado el seguro entre los 60 (sesenta) y los 63 (sesenta y tres) años.

5.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado

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

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán en base a la fracción que resulte aplicable del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.

- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada, señalada en la carátula de esta póliza, que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

5.11. Comunicaciones

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

5.12. Moneda

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

5.13. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negación de la Compañía de satisfacer sus pretensiones.

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

5.14. Arbitraje médico

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

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

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

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

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

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

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

5.15. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les da origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la COMUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Compañía.

5.16. Primas

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

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

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

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima se reparte en parcialidades, mismas que corresponderán a períodos de igual duración, ya sean anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando un recargo por financiamiento.

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

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

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

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

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

En el caso de que el pago no este domiciliado a alguna cuenta bancaria o esta no cuente con el saldo suficiente o bien se encuentre cancelada, el Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula de esta póliza o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o el Asegurado tengan el original del recibo oficial expedido 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.

5.17. Rehabilitación

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

5.18. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe en el "Glosario de Artículos" de estas condiciones generales.

5.19. Revelación de comisiones

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

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

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

- a) Cuando la contratación de esta póliza sea realizada por conducto de un intermediario financiero, vía telefónica o por internet, la Compañía proporcionará la documentación contractual al Contratante del seguro, a través de los siguientes medios:
 1. Físicamente en el momento de la contratación; y/o
 2. Por correo certificado, en el domicilio registrado al momento de la contratación del seguro; y/o

3. Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado por el Contratante al momento de la contratación de esta póliza.
- b) Cuando la contratación de esta póliza sea realizada por los medios electrónicos que a continuación se indican, el Asegurado o Contratante está de acuerdo que la Compañía empleará los siguientes medios de identificación:
1. Vía telefónica, mediante la grabación de venta y/o Código de Cliente asignado por el intermediario financiero.
 2. Internet, mediante un número de usuario y password designado por el Contratante.

Una vez realizada la contratación el Asegurado y/o Contratante recibirá una notificación confirmando la misma a través del medio de comunicación acordado con la Compañía.

El uso de los medios de identificación antes mencionados es responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

Al utilizar los medios electrónicos mencionados en el presente inciso se realizará el cargo de la prima a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito de la institución financiera designada por el Contratante, dicho el cobro será el medio por el cual se hace constar la contratación de la póliza.

En caso de que por cualquier motivo, el Contratante no reciba su póliza 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), o requiera un duplicado de su póliza, deberá llamar al centro de atención telefónica de la Compañía cuyo número es el 54-47-8000 en la Ciudad de México y área metropolitana o al 01-800-90-90000 lada sin costo desde el interior del 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, se le proporcionen dichos documentos, o bien, puede realizar la consulta y descarga de los mismos a través de nuestro portal de internet www.inbursa.com.

Cuando la contratación del seguro sea realizada físicamente, el Asegurado y/o Contratante deberá solicitar la cancelación de su póliza de seguro o solicitar que la misma no se renueve, mediante escrito entregando a la Compañía en su domicilio 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 que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se realice dicho acuse.

Cuando la contratación del seguro sea realizada por vía telefónica o internet, el Asegurado y/o Contratante podrá cancelar o solicitar que el mismo no se renueve por el mismo medio por el que contrató, una vez que se identifique y autentique conforme a lo indicado en el inciso b) de la presente cláusula, o bien llamando al centro de atención telefónica de la Compañía cuyo número es el 54-47-8000 en la Ciudad de México o al 01-800-90-90000 de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 horas, 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.

5.21. Cambio de plan

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

5.22. Legislación aplicable

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

“Le recordamos que el “Aviso de Privacidad” de la Compañía se encuentra a su disposición en www.inbursa.com”.

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

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con domicilio en Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03 00, Ciudad de México. Teléfonos 53 40 09 99 y 01 800 999 80 80, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página en internet www.condusef.gob.mx.

Ejemplar Informativo
Prohibido su uso

Glosario de Artículos.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

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

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

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

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias

establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

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

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

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad

Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

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

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

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

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

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

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

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho conenga 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 un dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que surgen en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de abril de 2016, con el número CNSF-S0022-0298-2016”.