

Índice

1. Definiciones	1
2. Coberturas	3
2.1. Cobertura de Muerte Accidental (cobertura básica a partir de 12 (doce) años)	3
2.2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente (cobertura básica a partir de 3 años y menores de 12 (doce) años y adicional a partir de dicha edad)	3
2.3. Exclusiones Aplicables a la Cobertura de Muerte Accidental y Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente	3
2.4. Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (a partir de 3 años)	4
2.4.1. Gastos Médicos Cubiertos	4
2.4.2. Exclusiones Aplicables a la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	5
2.5. Cobertura adicional de Gastos Funerarios (a partir de 3 (tres) años y menores de 12 (doce) años)	6
2.5.1. Exclusiones de la Cobertura adicional de Gastos Funerarios	7
3. Reclamación de Siniestros	7
3.1. Aviso	7
3.2. Pago de Indemnizaciones	8
3.3. Cobertura de Muerte Accidental y Cobertura adicional de Gastos Funerarios	8
3.4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por y Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	8
4. Cláusulas Generales	9
4.1. Contrato	9
4.2. Modificaciones al Contrato	9
4.3. Vigencia	9
4.4. Terminación Anticipada del Contrato	9
4.5. Agravación del Riesgo	9
4.6. Omisiones o Inexactas Declaraciones	9
4.7. Renovación	9
4.8. Edad	10
4.9. Movimientos	11
4.9.1. Registro de Asegurados	11
4.9.2. Alta de Asegurados	11
4.9.3. Baja de Asegurados	11
4.9.4. Modificaciones en la Situación de los Asegurados	11
4.10. Obligación de Asegurar	11
4.11. Comunicaciones	12
4.12. Moneda	12
4.13. Competencia	12
4.14. Prescripción	12
4.15. Primas	12
4.16. Rehabilitación	13
4.17. Otros Seguros	13
4.18. Indemnización por Mora	13
4.19. Terminación de Obligaciones en Caso de que No Se Renueve la Póliza	13
4.20. Revelación de Comisiones	14
4.21. Legislación Aplicable	14
Glosario de Artículos	15

1. Definiciones

Accidente.- Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca su fallecimiento en el momento del acontecimiento o dentro de los 90 (noventa) días siguientes.

Accidente Cubierto.- Se considerará como tal, a aquel que ocurra dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual del Asegurado afectado, siempre que éste se produzca dentro de alguno de los inmuebles del Contratante, o en el ejercicio o con motivo de cualquier actividad ordenada y/u organizada por el Contratante, o durante el traslado directo del domicilio del Asegurado afectado a dichos inmuebles o actividades, o de éstos a aquel.

Se considerarán dentro de un mismo Accidente todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones, y secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico de dicho Accidente. Las obligaciones de la Compañía no excederán las cantidades máximas que resulten de la aplicación de las condiciones de esta póliza.

Asegurado.- Cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada, que debe conformarse por estudiantes de una misma institución educativa y de manera opcional, se podrá incluir al personal docente y administrativo.

Beneficiario.- Persona designada como tal, con derecho a reclamar en su caso las coberturas de Muerte Accidental (cobertura básica a partir de 12 (doce) años de edad) y Gastos Funerarios (cobertura adicional a partir de 3 (tres) años y menores de 12 (doce) años).

Se designa como Beneficiario para efectos de la Cobertura de Muerte Accidental al cónyuge o concubina(rio) del Asegurado, en ausencia de éste serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

Para la Cobertura adicional de Gastos Funerarios, se designa como Beneficiario en primer lugar, a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a los servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado afectado, y como Beneficiarios en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, a los padres del Asegurado afectado por partes iguales, en ausencia de éstos serán sus hermanos por partes iguales.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe de la cobertura básica de Muerte Accidental y de la Cobertura adicional de Gastos Funerarios, se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando esta póliza y el correspondiente certificado individual se encuentren en vigor y no exista restricción legal en contra. Para efectuar dicho cambio el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s).

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de la Cobertura de Muerte Accidental al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

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

Advertencia:

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

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

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

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

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por 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.

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.

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

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

Deducible.- Cantidad fija a cargo del Asegurado, señalada en la carátula de la póliza, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Accidente Cubierto. Una vez que dichos gastos han rebasado este monto, comienza la obligación de la Compañía.

Endoso de Auto-Administración.- Documento mediante el cual 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.

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.

Experiencia Global.- Cuando la prima de la colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia.

Experiencia Propia.- Cuando la prima de la colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma o bien de las pólizas de seguro colectivo que pertenezcan a la misma Colectividad Asegurada.

Fecha de Ocurrencia del Accidente.- Se considera como tal, la fecha en que el Asegurado efectuó el primer gasto relacionado con un Accidente Cubierto. Cabe mencionar que este gasto debe estar amparado por un comprobante y/o recibo de honorarios con los requisitos fiscales vigentes a la fecha de expedición del mismo.

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

Hospitalización.- Estancia continua en un Hospital siempre y cuando esta sea justificada y comprobable, para la atención de un Accidente Cubierto. 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.

Reembolso.- Es el sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los gastos cubiertos efectuados dentro de los Estados Unidos Mexicanos por la atención médica del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto. Los gastos médicos cubiertos cuyo Reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o a quien demuestre haberlos efectuado.

2. Coberturas

2.1. Cobertura de Muerte Accidental (cobertura básica a partir de 12 (doce) años)

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto el Asegurado falleciere, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados para tal efecto, la suma asegurada contratada para esta cobertura que se indica en la carátula de esta póliza. En caso de siniestro no aplicará Deducible.

2.2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente (cobertura básica a partir de 3 años y menores de 12 (doce) años y adicional a partir de dicha edad)

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus miembros a consecuencia de un Accidente Cubierto, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla de indemnizaciones	Escala «A»	Escala «B»
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	0%	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	0%	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	0%	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	0%	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	0%	5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	0%	30%
Pérdida de la audición total de ambos oídos	0%	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	0%	15%

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta póliza en uno o en varios Accidentes, la indemnización acumulada no podrá exceder la suma asegurada contratada para esta cobertura en cada certificado individual. En caso de siniestro no aplicará Deducible.

2.3. Exclusiones Aplicables a la Cobertura de Muerte Accidental y Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente

Estas coberturas no surtirán efectos por:

A) Accidentes no cubiertos en esta póliza, incluyendo cualquier complicación y/o secuela que derive de éstos, de su tratamiento médico y/o quirúrgico.

B) Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.

C) Accidentes 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 así mismo cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad a menos que no pueda imputársele culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.

D) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas, cuando éste sea el provocador.

E) Accidentes que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.

F) Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.

G) Lesiones derivadas de la participación del Asegurado en actos delictivos intencionales.

H) Accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.

I) Accidentes 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 recibe cualquier tipo de remuneración por el uso de dichos vehículos.

J) 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.

K) 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.

L) Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.

2.4. Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (a partir de 3 años)

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza y en el certificado individual del Asegurado afectado, si a consecuencia directa de un Accidente Cubierto, se realizaren alguno de los gastos médicos cubiertos en esta cobertura, la Compañía reembolsará el costo de los mismos ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales. Para esta cobertura en caso de siniestro aplicará el Deducible señalado en la carátula de esta póliza.

2.4.1. Gastos Médicos Cubiertos

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente Cubierto, que por prescripción de un Médico, sean necesarios para tratamiento y/o diagnóstico del Accidente Cubierto y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos:

1. Honorarios de Médicos y ayudantes, por intervención quirúrgica y/o consulta médica.
2. Hospitalización: Éstos están conformados por el costo de un cuarto privado estándar, con baño, así como los medicamentos y los alimentos proporcionados al Asegurado.
3. El uso de sala de operaciones, recuperación o de curaciones.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estéticos**, que resulten a consecuencia de un

Accidente Cubierto.

5. Honorarios de Enfermeros prescritos por el Médico tratante, con un máximo de 3 (tres) turnos por día. En caso de contratarse fuera de un Hospital **se pagará por un máximo de 30 (treinta) días, con un máximo de 8 (ocho) horas por turno.**

Quedan excluidos los honorarios de Enfermero intrahospitalario cuando su servicio no haya sido previamente autorizado por la Compañía.

6. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes y se acompañe el comprobante de pago original de la farmacia, con la receta correspondiente.

7. Análisis de laboratorios, estudios de rayos x, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, u otros indispensables para diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente Cubierto.

8. Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros, u otras sustancias semejantes.

9. Consumo de oxígeno.

10. Renta de aparatos ortopédicos, siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes, **quedarán cubiertos hasta un máximo del 10% de la suma asegurada contratada señalada en la carátula de la póliza.**

11. Tratamientos de radio-terapia, fisio-terapia o inhaloterapia, siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes.

12. Compra de prótesis dentales, prescritas por alguno de los Médicos tratantes. **Los tratamientos dentales, alveolares o gingivales necesarios a causa de un Accidente Cubierto, serán cubiertos por la Compañía hasta un límite máximo de un 15% de la suma asegurada contratada para esta cobertura señalada en la carátula de la póliza.**

Queda excluida la reposición de prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente Cubierto.

13. Transporte proporcionado por servicios profesionales de ambulancia, hacia o desde un Hospital, **se pagarán hasta un máximo del 5% de la suma asegurada contratada para esta cobertura señalada en la carátula de la póliza.**

14. Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por quiroprácticos, siempre y cuando éstos sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes, dichos quiroprácticos deben encontrarse legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

15. Cama extra para un acompañante del Asegurado, durante la internación de éste en un Hospital.

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

2.4.2. Exclusiones Aplicables a la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Quedan excluidos de esta cobertura los gastos que deriven de alguno de los conceptos señalados en el numeral 2.3 de estas condiciones generales, así como que los resultantes de:

- A) Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- B) Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos padecimientos psicológicos causados a consecuencia de violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- C) Embarazos, abortos, a menos que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto; partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.**
- D) Cirugías de nariz y senos paranasales, salvo los casos en que sea indispensable, a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- E) Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional al consignado en el numeral 15 de la cobertura adicional de Reembolso de gastos médicos por Accidente de esta póliza.**
- F) 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 Cubierto.**
- G) Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.**
- H) Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.**
- I) Tratamientos experimentales o de investigación.**
- J) Rehabilitación no autorizada por la Compañía, así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.**
- K) La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
- L) Honorarios médicos o pago a proveedores cuando el Médico tratante o proveedor sea el Contratante, el Asegurado o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado afectado o del Contratante.**
- M) Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**

2.5. Cobertura adicional de Gastos Funerarios (a partir de 3 (tres) años y menores de 12 (doce) años)

Cuando esta cobertura aparezca amparada en la carátula de esta póliza y en el certificado individual del Asegurado afectado, la Compañía pagará, la suma asegurada contratada en esta cobertura para cada Asegurado, en caso de ocurrir su fallecimiento a consecuencia de un Accidente Cubierto. En caso de siniestro no aplicará Deducible.

2.5.1. Exclusiones de la Cobertura adicional de Gastos Funerarios

Esta cobertura no surtirá efectos, cuando los Gastos Funerarios deriven de alguno de los conceptos señalados en el numeral 2.3 de estas condiciones generales.

3. Reclamación de Siniestros

3.1. Aviso

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

3.2. Pago de Indemnizaciones

Cuando se presente una reclamación por la Cobertura de Muerte Accidental y/o la Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente, se sumarán las cantidades que procedan para cada cobertura y del importe determinado **no** se descontará ninguna cantidad por concepto de Deducible.

Cuando se presente una reclamación de la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente derivada de algún Accidente Cubierto, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado, se descontará la cantidad que se indica en la carátula de la póliza bajo el rubro de Deducible.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la suma asegurada que se haya contratado para cada cobertura indicada en la carátula de la póliza.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para cada cobertura, 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 del Accidente Cubierto.

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 sus enfermedades y/o Accidentes anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o reclamantes, deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se los solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de las enfermedades y/o accidentes 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 del módulo de atención 24 horas son los siguientes:

Para el D.F. y su Área Metropolitana: 54 47 8089.

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

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes que se encuentren cubiertos, serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días hábiles 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 correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del periodo de gracia para realizar su

pago, la prima se descontará de la indemnización.

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación al amparo de la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, deberá contarse con un diagnóstico médico definitivo y haberse cubierto el Deducible señalado en la carátula de la póliza, en caso contrario éste se descontará del importe a indemnizar.

Las reclamaciones que resulten procedentes serán liquidadas en los términos establecidos en esta póliza, siempre y cuando cumplan con los requisitos indicados en cada una de las coberturas contratadas.

3.3. Cobertura de Muerte Accidental y Cobertura adicional de Gastos Funerarios

Las reclamaciones de esta cobertura serán pagadas una vez que se proporcione a la Compañía la documentación que compruebe el fallecimiento del Asegurado afectado, y en su caso, los comprobantes de los Gastos Funerarios.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

- A) Copia certificada del acta de defunción.
- B) Copia simple del certificado de defunción.
- C) Copia certificada del acta de nacimiento.
- D) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- E) Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar copia certificada de la(s) averiguación(es) previa(s) completa(s) levantada(s) ante el 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:

- F) Carta de reclamación.
- G) Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- H) En caso de que el reclamante sea el cónyuge del Asegurado afectado, copia certificada del acta de matrimonio, si se trata de la concubina o del concubinario, copia certificada de la documentación que acredite el concubinato y, en el caso de los hijos del Asegurado afectado, copia certificada de su acta de nacimiento.
- I) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor.
- J) Original de un comprobante de domicilio, con un máximo 3 (tres) meses de antigüedad.

3.4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas por y Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Las reclamaciones que se presenten respecto a la cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente serán liquidadas al Asegurado, y las reclamaciones de la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, serán pagadas al Asegurado o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de algún Accidente Cubierto, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A) Original del documento denominado «Aviso de Enfermedad» proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado, en el caso de menores de edad, se requerirá la firma de alguno de sus padres, o tutor, en su caso.
- 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 expedida por del Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga alguno de sus padres, o tutor, en su caso.
- D) Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

Para la Cobertura adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, se requerirá además:

- E) Original de los comprobantes y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F) Recetas y/o orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- G) Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

4. Cláusulas Generales

4.1. Contrato

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

4.2. Modificaciones al Contrato

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

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

4.3. 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 la póliza. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

4.4. 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.

4.5. Agravación del Riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

4.6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

4.7. Renovación

La Aseguradora podrá renovar este contrato de seguro cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores y, el número de Asegurados que conformen la colectividad en la renovación no sea inferior al que se requiere para

contratar la póliza en su modalidad de Experiencia Propia, que es de 1,000 (un mil) Asegurados y de 10 (diez) Asegurados para la modalidad de Experiencia Global, renovación que se realizará mediante la emisión de otra póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del «Reglamento del Seguro de Grupo para la 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.**

4.8. Edad

Solamente pueden ser Asegurados en esta póliza las personas cuya edad mínima sea de 3 (tres) años y la máxima sea de 64 (sesenta y cuatro) años cumplidos, en la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual, pudiéndose renovar el certificado correspondiente hasta en tanto el Asegurado continúe perteneciendo a la Colectividad Asegurada en esta póliza y no haya cumplido 70 (setenta) años de edad.

La Cobertura de Muerte Accidental se ofrece como cobertura básica a partir de los 12 (doce) años y para menores a 65 (sesenta y cinco) años de edad.

La Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente y la Cobertura de Gastos Funerarios se ofrecen como cobertura básica y adicional respectivamente, a partir de 3 (tres) años y menores de 12 (doce) años de edad, y sólo como adicional la Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente a partir de la última edad señalada.

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 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 del certificado individual 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, 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 declaración 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, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

4.9. Movimientos

4.9.1. 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 de la Colectividad Asegurada,
- B) Suma asegurada o regla para determinarla,
- C) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada y fecha de terminación del mismo,
- D) Número de certificado individual, y
- E) 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.

4.9.2. Alta de Asegurados

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

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

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

4.9.3. Baja de Asegurados

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

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

4.9.4. Modificaciones en la Situación de los Asegurados

El Contratante y el Asegurado deberán informar por escrito a la compañía cualquier modificación en la situación de este último que afecte las condiciones del riesgo, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al momento en que la conozcan, a fin de que la Compañía realice la modificación correspondiente en esta póliza a partir de la fecha en que cambió dicha situación y ajuste el importe de la prima. Si se omitiere el aviso, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

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

4.10. Obligación de Asegurar

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la

póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas aquellas personas que, con posterioridad, llegaren a cumplir dichas características, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que las cumplan.

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

4.11. Comunicaciones

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

4.12. Moneda

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

4.13. Competencia

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

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

4.14. Prescripción

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

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

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

4.15. Primas

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

La prima para cada miembro de la Colectividad Asegurada que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato será proporcional a los días exactos que transcurran desde su fecha de alta y hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

La forma de pago de las primas es única.

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.

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 del periodo de pago, salvo que, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del endoso correspondiente. Se entenderá por periodo de pago, el plazo de vigencia de la póliza,

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

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

El Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, 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 que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o alguno de los Asegurados tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por la compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado.

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

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

4.16. Rehabilitación

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

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

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.

4.17. Otros Seguros

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras compañías, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos sea por un seguro o la suma de varios. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra Aseguradora, el Asegurado y/o los reclamantes deberá(n) presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización. Esta cláusula no es aplicable a las coberturas de muerte accidental y de pérdidas orgánicas por Accidente.

4.18. 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.

4.19. Terminación de Obligaciones en Caso de que No Se Renueve la Póliza

La vigencia de la cobertura terminará respecto a cada Asegurado automáticamente con el agotamiento de la suma asegurada de esta cobertura vigente a la fecha de efectuar el primer gasto del padecimiento correspondiente y con la aplicación de dicha cantidad a cada Accidente cubierto.

En caso de terminación o cancelación del seguro, la compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente Cubierto mientras el contrato se encuentre en vigor, hasta el agotamiento de la suma asegurada o transcurridos 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

4.20. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la 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.

4.21. 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 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, Delegación Tlalpan, 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 No. 762, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México D.F. Teléfonos 53 40 09 99 y 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, página en internet www.condusef.gob.mx.

Glosario de Artículos

Ley sobre el Contrato de Seguro

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

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

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

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

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

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

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

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

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

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

a) *Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la*

Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y

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

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

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

- a) La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados;*
- b) Los procedimientos actuariales para la determinación de primas y extraprimas;*
- c) La justificación técnica de la suficiencia de las primas y, en su caso, de las extraprimas*
- d) Los procedimientos actuariales para la estimación de la reserva técnica del producto de seguros y la forma en que se vinculan a los métodos actuariales a que se refiere el artículo 219 de esta Ley;*
- e) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;*
- f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables;*
- g) Los procedimientos actuariales para la determinación de los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;*
- h) Los procedimientos actuariales para calcular los valores garantizados, en los casos en que procedan;*
- i) Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar, y*
- j) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.*

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

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

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

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

la fracción II del presente artículo.

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

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

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

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

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

«Artículo 203.- *El procedimiento y requisitos para el registro a que se refiere el artículo 202 de esta Ley, serán establecidos por la Comisión mediante disposiciones de carácter general, las cuales considerarán la forma y términos en que las Instituciones de Seguros deberán acreditar que sus productos de seguros cumplen con lo señalado en los artículos 200 y 201 de este ordenamiento.*

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

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

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

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

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

plazo previsto en el artículo 321 de este ordenamiento para que la Institución de Seguros someta a la aprobación de la Comisión el plan de regularización respectivo. Durante el plazo de ejecución del plan de regularización, la Institución de Seguros de que se trate se abstendrá de ofrecer y contratar operaciones de seguros mediante el producto correspondiente.

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

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

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

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

En el caso de que la Institución de Seguros incumpla el plan de regularización, la Comisión, con independencia de que proceda conforme a lo previsto en las fracciones I y II de este artículo y de que imponga las sanciones que conforme a la presente Ley correspondan, ordenará a la Institución de Seguros que efectúe las correcciones que procedan conforme a lo dispuesto por los artículos 200, fracción I, y 383 de este ordenamiento.

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

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

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

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

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

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

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

«**Artículo 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro

de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

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

II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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.»

«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 cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, 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 o diferir 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 formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje 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, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.*

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, 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 al procedimiento arbitral conforme a esta 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 podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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 03 de mayo de 2013, con el número CNSF-S0022-0279-2013, del día 06 de mayo de 2013, con el número CNSF-S0022-0280-2013, del día 27 de marzo de 2015, con el número RESP-S0022-0109».