

condiciones generales

Vida Segura



CONDUSEF-000892-01
0112301-D

La Latinoamericana, Seguros, S.A. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía) cubrirá, de conformidad con este contrato de seguro y durante la vigencia establecida en la carátula de la Póliza, a la(s) persona(s) descrita(s) en la misma. Conviniendo expresamente la Compañía y el Contratante que las declaraciones hechas por el proponente y/o Contratante y/o Asegurados, las Condiciones Particulares y las presentes Condiciones Generales rigen al contrato de seguro celebrado entre las partes y que en todo lo no previsto, se aplicará la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en su defecto, las leyes mexicanas aplicables a la misma; prevaleciendo las Condiciones Particulares de la Póliza sobre las Condiciones Generales.

Es muy importante que el Contratante, el Asegurado Titular y los Asegurados exijan a su agente de seguros que le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Particulares de la Póliza.

DEFINICIONES GENERALES

Para efectos de la presente Póliza, las partes convienen en adoptar las siguientes definiciones:

1. Asegurado

Persona(s) física(s) reconocida(s) como tal(es) en la Carátula de la Póliza expuesta(s) al(los) riesgo(s) que pueden ser indemnizadas por la Compañía, en términos de esta Póliza siempre que cumpla con las obligaciones a su cargo y el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

2. Asegurado Dependiente

Para los efectos de este seguro, se consideran asegurados dependientes del Asegurado Titular a los siguientes:

- su cónyuge,
- los hijos del Asegurado Titular que dependan económicamente de él, solteros y que no perciban remuneración por trabajo personal, y
- los familiares del Asegurado Titular en línea recta que dependan económicamente de él.

Para que sea(n) reconocido(s) como Asegurado(s) Dependiente(s) por la Compañía, deberá(n) ser aceptado(s) por la compañía y aparecer con tal carácter en la Carátula de la Póliza.

3. Asegurado Titular

Persona física asegurada que firma como responsable en el consentimiento del Seguro y aparece como Asegurado Titular en la Carátula de la Póliza.

4. Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado Titular y/o Dependiente en la solicitud de este seguro, a quien en caso de actualizarse el riesgo cubierto por el presente Contrato corresponderán los derechos indemnizatorios de la cobertura de que se trate.

5. Compañía

La Latinoamericana, Seguros, S.A., empresa autorizada para operar como Institución de Seguros por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

6. Condiciones Especiales

Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones bajo las cuales se modifica la operación y/o modalidad de un riesgo específico para que el mismo sea cubierto, las cuales se hacen constar en las Condiciones Particulares o Carátula de la Póliza y son convenidas entre las partes modificando las Condiciones Generales del Contrato de Seguro.

7. Condiciones Generales

El presente documento, en el que se establecen los alcances de las coberturas, su objeto, riesgos expresamente excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de

recibos y demás principios básicos convenidos entre la Compañía y el Contratante/Asegurado y que forma parte integrante del Contrato de Seguro.

8. Condiciones Particulares

Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones que prevalecen sobre las Condiciones Generales, bajo las cuales se conceden, restringen o amplían ciertas coberturas y forman parte de la Póliza.

9. Contratante

Persona física o moral, cuya solicitud de seguro es aceptada por la Compañía con base en los datos e informes proporcionados, quien por lo tanto suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado.

10. Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades mediante el cual entre el Contratante y/o el Asegurado y la Compañía establecen la obligación a cargo de la Compañía (mediante el pago de la prima correspondiente a cargo del Asegurado/Contratante) para que pague una suma de dinero, al verificarse la eventualidad prevista en el Contrato y se encuentra conformado por todos y cada uno de los siguientes documentos: a) Solicitud de Aseguramiento, b) Carátula de la Póliza, c) Recibo de Primas, d) Condiciones Generales, e) Condiciones Especiales y Condiciones Particulares, f) Endosos, g) cláusulas adicionales que en su caso se agreguen, así como h) Cuestionarios y exámenes médicos si los hubiese.

11. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona de forma particular las condiciones generales del Contrato de Seguro y que forma parte integrante de éste. Lo señalado en este documento prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

12. Enfermo en fase terminal

Es aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. Pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses.

13. Inicio de Cobertura

Es la fecha y hora a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro y nacen las obligaciones de ambas partes.

14. Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de este Contrato se entenderá por invalidez total:

- a) La pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida conjunta de una mano y de un pie, o la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos. Se entiende por pérdida de las manos y de

los pies, respectivamente: la pérdida por separación o anquilosis de las articulaciones de la muñeca y del tobillo, o de arriba de ellas.

- b) Si en alguna otra forma, por enfermedad, el Asegurado se invalida de manera total y permanente para el desempeño de su trabajo habitual, o cualquier otro que pudiera producirle utilidad o remuneración, compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

15. Límite Máximo de Responsabilidad

Es el que se establece para cada cobertura contratada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos. Y se indemnizará de conformidad a las condiciones generales y particulares.

16. LSCS

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

17. LGISMS

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

18. Ocupación

Es el trabajo, empleo u oficio que constituye la actividad principal de los Asegurados

19. Preexistencia, padecimiento o enfermedad preexistente

Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato,
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza,
- Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la póliza,
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia del padecimiento y/o enfermedad de manera previa al inicio de vigencia de la póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente: Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8°- 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.

20. Perito Médico

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia que suscite la controversia y se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

21. Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual queda suspendido y por tanto no operan los beneficios de este Contrato, por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la Póliza. Inicia a las doce horas del último día del plazo de gracia y termina cuando la Compañía acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada.

22. Plan

Conjunto de coberturas elegidas por el Contratante de acuerdo a los riesgos e interés asegurable que desee sean cubiertos y amparados de acuerdo al presente Contrato de Seguro por la Compañía quedando especificados en la Carátula de la Póliza.

23. Plazo de gracia

Plazo que la Compañía concede al Asegurado o Contratante para que efectúe el pago de la prima o de su fracción, en caso de pago en parcialidades. Los siniestros que se presenten durante este plazo NO serán cubiertos hasta que se realice el pago de la prima o de su fracción.

24. Prima de Seguro

Cantidad que deberá pagar el Contratante a la Compañía como contraprestación por el riesgo que ésta asume de acuerdo a los riesgos que ampara.

25. Reclamante

Persona que solicita el pago de la(s) indemnización(es) derivada(s) de este Contrato.

26. Reconocimiento de antigüedad

Plazo de tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado protegido el Asegurado con un Seguro de Vida en ésta u otras aseguradoras y que en su caso puede ser tomado en cuenta por la Compañía para la concesión de beneficios.

27. Renovación

Emisión consecutiva de esta Póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

28. Siniestro

Eventualidad prevista en el contrato cuyos efectos dañosos cubre la Póliza, hasta el límite máximo de responsabilidad contratado.

29. Solicitud

Documento indispensable para la emisión de la Póliza, mismo que contiene los datos e informes proporcionados para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones que se convengan,

la cual deberá ser llenado y firmado por el Proponente del riesgo y/o Contratante conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

30. Suma asegurada

Ver Límite Máximo de Responsabilidad.

31. Titular

Ver Asegurado Titular.

CLÁUSULAS

1º VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, el presente contrato de seguro inicia a las doce horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del periodo del seguro y se regulará de acuerdo a condiciones generales, condiciones especiales o particulares, Endosos a la Póliza y cláusulas adicionales que en su caso se agregasen.

2º MODIFICACIONES

(Artículo 19 y 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Cualquier modificación a este contrato de seguro se hará por acuerdo entre las partes, se hará constar por escrito mediante cláusulas adicionales o Endosos, que se adherirá al mismo. Por lo tanto, el agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para cambiar los términos de la Póliza y para hacer renuncia a su contenido.

Conforme al artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

3º ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

(Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

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

4º OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

(Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 52 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10, 47 y 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante, los Asegurados y los representantes de éstos, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, 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.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. La Compañía comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato en los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

5° DISPUTABILIDAD

Este Contrato dentro de los primeros dos años de vigencia continua, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Asegurado para la apreciación del riesgo.

6° AGRAVACIÓN DEL RIESGO

(Artículos 47, 52 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

El importe de la Póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para cada Asegurado, por lo que si cualquiera de dichos Asegurados cambia de ocupación o inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud, puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, la Compañía podrá cobrar la extra-prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir el nuevo riesgo.

Si el asegurado no avisa por escrito sobre la agravación del riesgo y ésta influye en el siniestro, la Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de ello.

7° REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante, deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y aumento o disminución de beneficios, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran.

8° BENEFICIARIOS

(Artículos 163 al 177 Ley sobre el Contrato de Seguro)

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Compañía para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Compañía, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

Beneficiario Irrevocable. El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la Póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación expresa en contrario del Asegurado.

Falta de Designación. El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

Advertencia

El Asegurado en caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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 deben 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 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 Cobertura contratada.

9º CESIÓN

(Artículo 154 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Los derechos de este Contrato sólo podrán cederse a terceras personas en los términos del Artículo 154 de la Ley sobre el Contrato de Seguro; mediante declaración suscrita por ambas partes y notificada la Compañía.

10º LÍMITES Y MODIFICACIONES POR EDAD

(Artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Para expedir pólizas iniciales y renovaciones, la Compañía atenderá a los criterios establecidos en sus políticas y criterios de selección de riesgos vigentes.

Cuando el Asegurado tenga doce años de edad o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; si tiene menos de doce años de edad, únicamente se requerirá el consentimiento de su representante legal.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y resultare que la edad real, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad establecidos en las presentes condiciones, el contrato quedará rescindido de pleno derecho, sin necesidad de declaratoria judicial y sin ningún valor; y la Compañía devolverá al el valor en efectivo en la fecha de rescisión.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagase 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 cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

- b. 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 rembolsar al Asegurado la diferencia entre reserva matemática y la que habría sido necesaria por la suma asegurada y por la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. La suma asegurada y las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento y por una sola vez la comprobación legal de la fecha de nacimiento del Asegurado. Al efectuarse esta comprobación, la Compañía anotará en esta Póliza que se ha cumplido con esta obligación.

Para efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que haya alcanzado por años cumplidos.

11° CARENCIA DE RESTRICCIONES

El presente Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o actividades del Asegurado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula de disputabilidad del presente Contrato.

12° PRIMA, FONDO EN ADMINISTRACIÓN Y OBLIGACIONES DE PAGO

El monto de la prima de tarifa será la que corresponda a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa vigente, el sexo y edad alcanzada de cada asegurado, de acuerdo con el Plan contratado en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. En cada renovación o inclusión, la prima se determinará aplicando las tarifas en vigor a la fecha en que se haga la renovación o inclusión, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Prima del Seguro se compone de la suma de las primas de tarifa de todos los Asegurados de acuerdo al Plan elegido por el Contratante y que aparecen indicadas en la carátula de la Póliza, más los gastos de emisión, recargo por financiamiento del pago e impuestos de aplicación legal.

La prima vence en el momento de la celebración del Contrato y los pagos subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado (Artículos 34, 40 y 41 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En el caso de pago fraccionado se le aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado entre la Compañía y el Asegurado al tiempo de celebración del Contrato de Seguro.

La Compañía no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establece precedente ni obligación alguna para la Compañía.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario o Asegurado, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia del seguro contratado.

1. Forma de Pago

Las primas convenidas deberán pagarse a la Compañía, conforme a las opciones descritas en el recibo correspondiente. Para ser reconocido por la Compañía, el recibo deberá autenticarse a través de la factura electrónica correspondiente.

2. Pago de Primas y Aportaciones Adicionales

Por tratarse de un Plan Universal, el seguro está en vigor mientras exista pago de primas o dinero en la reserva matemática.

Las primas básicas son el punto de partida del diseño del plan, en cuanto a la suma asegurada contratada y su periodicidad; son la base sobre la cual se calcula la tarifa por millar de suma asegurada para cada edad de contratación.

Si el Asegurado desea realizar aportaciones adicionales a estas primas, tales aportaciones se destinan a incrementar el Fondo en Administración.

3. Pago Automático de Primas

En caso de que por cualquier causa se suspenda el pago de primas de la Póliza, o el importe de ésta se reduzca de acuerdo al plan de pagos vigente, la Póliza permanecerá en vigor mientras el importe de la reserva matemática correspondiente se agote, por cualquier otra causa.

Para mantener la Póliza en vigor, se dispondrá del monto de la reserva matemática el costo del seguro correspondiente de acuerdo al plan contratado.

En caso de que la reserva matemática no sea suficiente para mantener la Póliza en vigor, y exista en el Fondo en Administración un saldo suficiente, se dispondrá de éste para cubrir el déficit que se produzca en la reserva matemática y así poder ampliar el tiempo que alcance la vigencia de la Póliza; este procedimiento se repartirá mientras el saldo del Fondo en Administración lo permita. Lo anterior será aplicable siempre que no exista estipulación en contrario mediante Endoso a esta Póliza.

La Póliza cesará en sus efectos treinta días naturales después del momento en que no sea posible cubrir el déficit que se produzca en la reserva matemática de acuerdo con el párrafo anterior, siempre y cuando no se haya hecho pago alguno de Prima en dicho lapso.

4. Fondo en Administración

Todos los pagos que el Asegurado realice por concepto de aportaciones adicionales, se destinan al Fondo en Administración.

La Compañía podrá invertir las aportaciones adicionales recibidas por parte del Asegurado, de conformidad a las Reglas para la Inversión de la Reserva Técnica de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en vigor, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en diferentes fondos de inversión de renta fija emitidos por Instituciones de Crédito o por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad sin que esto signifique que se esta garantizando un rendimiento predeterminado debido a las fluctuaciones del mercado y con la liquidez necesaria para cubrir las

obligaciones de la Compañía, de acuerdo con las condiciones establecidas para tal efecto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del Fondo en Administración.

Por su parte, la Compañía tiene derecho a compensar contra este Fondo en Administración, cualquier adeudo que tenga el Asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del Contrato de Seguro.

13° PERIODO AL DESCUBIERTO

No procederá el pago de reclamaciones que ocurran durante este periodo.

14° REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de PRIMA, FONDO EN ADMINISTRACIÓN Y OBLIGACIONES DE PAGO de estas condiciones generales, el Contrato de Seguro será cancelado si el Contratante y/o Asegurado no realiza los pagos pactados acorde a lo siguiente:

- a. Tratándose de la iniciación de la vigencia o de la renovación, si el primer pago no lo realizó dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de iniciación de vigencia o renovación.
- b. Si se ha pactado su pago fraccionado, si los pagos subsecuentes no fueron cubiertos dentro del término de 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de cada una de estas parcialidades.

En caso de realizar el pago correspondiente fuera de los plazos que establece el párrafo anterior, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar la rehabilitación presentando a la Compañía la siguiente documentación:

1. La solicitud de rehabilitación por escrito dirigida a la Compañía.
2. Cumplir con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
3. Comprobante del pago de la prima o de la fracción que corresponda.

En caso de que la Compañía autorice la rehabilitación del seguro, los efectos del mismo se rehabilitarán a partir del día y hora señalados en el comprobante de pago presentado por el Contratante y/o Asegurado. En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el seguro a las cero horas de la fecha de pago.

El Contratante al solicitar la rehabilitación, deberá indicar a la Compañía:

- a. Si desea que el seguro contratado conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del contrato de seguro en virtud de la falta del pago realizado y
- b. Si desea que el seguro contratado extienda su vigencia por el plazo correspondiente al periodo al descubierto, la Compañía prolongará la vigencia del seguro por un plazo igual a dicho periodo sin que en este caso se dé lugar a una devolución de prima.

Bajo ninguna circunstancia la Compañía responderá de siniestros ocurridos durante el periodo al descubierto comprendido entre el vencimiento del periodo de gracia y la hora y día del pago que permita la rehabilitación.

Solo se podrá Rehabilitar máximo 2 (dos) veces para todas las vigencias de una misma Póliza.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos en el recibo que se emita con motivo del pago de la prima correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

15° RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO

La Compañía renovará el contrato cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas.

Cuando se renueve el contrato, la Compañía tomará como base para actualizar los valores de la prima los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. En caso de que la Compañía modifique sus bases y criterios para determinar los valores aludidos, la Compañía informará de este cambio y las nuevas bases que se empleen para su determinación al Contratante o Asegurado.

Esta póliza se considerará renovada por períodos de igual duración al contratado, si dentro de los últimos 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado no da aviso a la Compañía por escrito, de su voluntad de que no sea renovada.

El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido autenticado a través de la factura electrónica correspondiente se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

16° CANCELACIÓN DEL SEGURO

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante y/o Asegurado y/o representante del(os) mismo(s), deberá comunicarlo a la Compañía por escrito, cualquier duda se puede comunicar a los teléfonos 5521 8055 en el D.F., o al 01 800 010 0528 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

17° TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

(Artículos 51, 63 y 64 de la Ley sobre el Contrato de Seguros)

Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

- a. Cuando el Contratante lo dé por terminado, deberá notificar a la Compañía con 15 (quince) días naturales de anticipación, contando la Compañía con este lapso de tiempo para realizar cualquier aclaración. En todos los casos la Compañía reembolsará el valor en efectivo.

- b. Cuando la Compañía lo dé por terminado de acuerdo a la cláusula de OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES o a la cláusula FORMA DE PAGO; la Compañía reembolsará el valor en efectivo.
- c. En caso de rescisión, la Compañía deberá notificar al Contratante y/o Asegurado la misma, dentro de los 15 (quince) días siguientes, contados desde la fecha en que la Compañía conozca el cambio de circunstancias esenciales de agravación del riesgo.

18° COMPROBACIÓN

La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos de los que se deriven de la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado, Asegurado Titular y Dependientes, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación. Las obligaciones de la Compañía quedaran extinguidas si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluiría ó podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

19° PRESCRIPCIÓN

(Artículos 81, 82 y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

- a. Cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b. Dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

20° MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, se liquidarán en Moneda Nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúe el pago.

21° COMUNICACIÓN

(Artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá enviarse a la Compañía, por escrito, a su domicilio social, el cual está indicado en la carátula de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de la oficinas de la Compañía fuera diferente del que consta en la carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar al Contratante la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o a sus causahabientes, tendrán validez si se dirigen al último domicilio que éste haya proporcionado a la Compañía para recibirlas.

22° ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado Titular o Contratante de la Póliza, ya sea directamente o a través de su Agente de Seguros, un ejemplar del Contrato de Seguro.

La Compañía a través de las personas que designe para tal fin, dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de la Compañía, en horario de oficina de lunes a jueves de las 8:00 a las 18:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs. al teléfono 5521 8055 ó al 01 800 010 0528.

23° COMPETENCIA

(Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito dirigido a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o por cualquier otro medio y/o en su caso acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el Juez competente del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de lo dispuesto en el Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

24° IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

(Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los plazos en ella establecidos.

25° DERECHO DE LOS CONTRATANTES

(Artículo 36-C de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

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.

26° PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, La Latinoamericana, Seguros, S.A., en concordancia con el consentimiento expreso otorgado en los términos del texto que aparece en la página www.latinoseguros.com.mx, para el tratamiento de los datos personales de los titulares de los mismos, aun los sensibles, patrimoniales y/o financieros, los mismos serán tratados en los términos del AVISO DE PRIVACIDAD cuyo texto completo también se encuentra publicado en la referida página.

ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

1º FALLECIMIENTO O COBERTURA BÁSICA

Esta cobertura ampara el pago a los Beneficiarios designados por el Asegurado o a quién en derecho le corresponda de la suma asegurada que se encuentra establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura. Dicho pago se efectuará únicamente en caso de que el fallecimiento del asegurado ocurra dentro de la vigencia del seguro contratado.

Si el Asegurado es menor de edad, la Suma Asegurada por fallecimiento entrará en vigor en el día que el Asegurado cumpla doce años de edad. Si la muerte del menor de edad ocurriera antes de esa fecha, la obligación de la Compañía se limitará al reembolso de los gastos funerarios sin exceder de 6 salarios mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

LIMITACIONES DE ESTA COBERTURA

Suicidio

En caso de suicidio del asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato o de la última rehabilitación, cualquiera que haya sido la causa, motivará que La Compañía efectúe el pago en una exhibición por el importe que corresponda al valor en efectivo del Seguro Contratado a los Beneficiarios designados por el Asegurado o a quién en derecho le corresponda.

Cualquier incremento adicional en la suma asegurada no estipulado en el contrato original, no tendrá validez en caso de suicidio del asegurado antes de cumplirse dos años contados a partir de la fecha en la que fue aceptado el incremento por parte de la Compañía, limitándose en este caso su obligación por dicho incremento al valor en efectivo correspondiente.

2º COBERTURAS OPCIONALES

ESTAS COBERTURAS ÚNICAMENTE OPERARÁN SI SON CONTRATADAS BAJO CONVENIO ESPECIAL Y POR SOLICITUD EXPRESA DEL CONTRATANTE O ASEGURADO Y SE ENCUENTRAN ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

A. COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (IPSA)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura de fallecimiento o básica y deberá estar especificada en la carátula de la Póliza.

En caso de ser contratada, esta cobertura proporcionará al Asegurado, en caso de que le sea dictaminada la invalidez total y permanente, a causa de un accidente o enfermedad, por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura en una sola exhibición, si el diagnóstico que motivo la invalidez total y permanente ocurrió durante la vigencia del seguro de acuerdo con las definiciones señaladas en las presentes Condiciones Generales.

La obligación de pago de la suma asegurada a cargo de la Compañía por esta cobertura se hará exigible si, transcurridos seis meses contados a partir de que fuese emitido el dictamen de la invalidez total y permanente del Asegurado por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia subsiste dicha condición de invalidez total y permanente en el Asegurado. Antes de que transcurra este plazo (seis meses a partir de que sea emitido el dictamen de invalidez total y permanente) la obligación de pago a cargo de la Compañía no será exigible.

Con el pago de la suma contratada para esta cobertura, se cancelará automáticamente esta cobertura de manera definitiva para el Asegurado, y cualquier otra cobertura opcional de Accidente por él contratada.

El pago de lo anterior dará origen a que la Compañía devuelva al Asegurado la Prima Neta No Devengada correspondiente a la(s) Cobertura(s) de Accidente que se encontrara(n) contratada(s) en la Póliza vigente.

Si el Asegurado fallece antes de recibir el pago de la Suma Asegurada, esta se liquidará a los beneficiarios designados con lo que quedará extinguida toda obligación de la Compañía por este beneficio.

B. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura de fallecimiento o básica y deberá estar especificada en la carátula de la Póliza.

Si durante el periodo de pago de primas de la póliza y estando al corriente en el pago de ellas, el Asegurado Titular se invalida total y permanente, la Compañía lo eximirá del pago de su prima de la cobertura básica por fallecimiento, manteniendo la póliza en vigor por la Suma Asegurada contratada, sujeto a:

- El Asegurado quedará exento del pago de su prima de la cobertura por fallecimiento al cumplirse el sexto mes a partir de que fuese emitido el dictamen de la invalidez total y permanente del Asegurado por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia.
- La exención de la prima correspondiente continuará en vigor para el Asegurado inválido hasta por doce meses, la cancelación de la Póliza o desaparezca el estado de invalidez, lo que ocurra primero.
- Cualquier otro beneficio adicional diferente a la exención de pago de primas por invalidez total y permanente, será cancelado automáticamente.
- La cobertura contratada para sus dependientes continuarán vigentes mediante el pago de la prima correspondiente.

Esta cobertura comenzará a surtir efecto con la prima que venza después de la fecha en que el Asegurado, a su costa, haya comprobado a la Compañía su invalidez.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES A LAS COBERTURAS OPCIONALES

A. COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (IPSA)
B. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

I. BENEFICIOS ADICIONALES DE LA COBERTURA OPCIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para que proceda el pago de la suma asegurada con motivo de los beneficios adicionales de esta cobertura por los siguientes conceptos, no será necesario que transcurran los 6 meses señalados en la cobertura de Invalidez Total y Permanente referida en el inciso "A" y en la Exención de Pagos de Primas por Invalidez Total y Permanente referida en el inciso "B" de las Coberturas Opcionales.

También se considerarán como estados de invalidez total y permanente, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para efectos de este beneficio adicional, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- b. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- c. De vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

II. Pago de Indemnización

Las indemnizaciones establecidas para estas Coberturas serán pagadas únicamente, si se presentan a la Compañía el dictamen de invalidez total y permanente, avalada o emitida por una institución de salud o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia y cumple con las Condiciones de esta cobertura. La Compañía se reserva el derecho de verificar dichos dictámenes y en caso de estimarlo necesario a designar a un médico que corrobore dicho estado de invalidez total y permanente en el Asegurado.

Cuando la Compañía lo estime necesario, podrá exigir comprobación de que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado. Si este se niega a esa comprobación, que será a costa de la Compañía, o aparece que ha cesado el estado de invalidez total y permanente, se suspenderá el beneficio que concede la cobertura de exención de pago de primas por invalidez total y permanente contratada, debiendo el Asegurado reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que ocurra esto.

III. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en la renovación de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

IV. EXCLUSIONES

Esta Cobertura Opcional no generará obligación de pago alguno a cargo de la Compañía cuando la invalidez total y permanente surja o se origine como consecuencia de:

- a. **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b. **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- c. **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d. **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- e. **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- g. **Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, ski, tauromaquia, casa, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j. **Un estado de invalidez originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, así como aquellos derivados de enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollada durante la vigencia de la póliza.**
- k. **Radiaciones ionizantes.**
- l. **Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, siempre y cuando influyan en la realización del siniestro.**
- m. **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.**
- n. **El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

B. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

La Compañía pagará al(los) beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del accidente.

C. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAC)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

La Compañía pagará al(los) beneficiario(s) designado(s), la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del accidente.

Para los efectos de estas coberturas, se entenderá por accidente colectivo lo siguiente:

- i. El accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- ii. El accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- iii. El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrase al momento de iniciar el incendio.

Para que la Compañía se encuentre en posibilidades de resolver lo conducente para la aplicación de esta cobertura, se requerirá que se le acredite la ocurrencia del accidente con alguna de las características señaladas.

D. COBERTURA POR PÉRDIDA DE MIEMBROS ESCALA A (PMA)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda a la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas en la siguiente tabla, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Lo anterior, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del

accidente. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas, será la que corresponda de acuerdo a los casos previstos en la siguiente Escala:

Escala A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

- ✚ De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ✚ De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- ✚ De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

E. COBERTURA POR PÉRDIDA DE MIEMBROS ESCALA B (PMB)

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda a la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas en la siguiente tabla, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Lo anterior, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas, será la que corresponda de acuerdo a los casos previstos en la siguiente Escala:

Escala B

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de suma asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

- ✚ De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ✚ De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- ✚ De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- ✚ Se entenderá por sordera en ambos oídos, la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los dos oídos.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

CONDICIONES PARTICULARES APLICABLES A LAS COBERTURAS OPCIONALES

- C. MUERTE ACCIDENTAL (MA),
- D. MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA (MAC),
- E. PÉRDIDA DE MIEMBROS ESCALA A (PMA) Y
- F. PÉRDIDA DE MIEMBROS ESCALA B (PMB)

I. Pago de Indemnización

Las indemnizaciones establecidas para estas Coberturas serán pagadas únicamente, si se presentan a la Compañía elementos suficientes con los que se acredite que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida de miembros al Asegurado, ocurrieron durante la vigencia de la cobertura opcional contratada.

II. Cancelación Automática

La vigencia de las Coberturas Opcionales contratadas, terminarán automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en los siguientes casos:

- ✚ En la renovación de la Póliza que corresponda, cuando la edad cumplida del Asegurado sea 71 años.
- ✚ Cuando el Asegurado se le haya pagado la suma asegurada para la(s) cobertura(s) de invalidez, esta cobertura quedara automáticamente cancelada y se le devolverá la Prima Neta No Devengada correspondiente a la(s) Cobertura(s) de Accidente contratadas de la Póliza vigente.
- ✚ En el momento en que por una o más reclamaciones, se pague el 100 % de la indemnización.
- ✚ En la renovación de la Póliza siguiente a la fecha del accidente que ocasione alguna de las indemnizaciones previstas en las presentes Condiciones.

III. Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o pérdida de los miembros como consecuencia de:

- a) **Infecciones que no provengan de un evento cubierto.**
- b) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas, salvo cuando las mismas sean a consecuencia de un accidente y cumpla con las condiciones particulares de la cobertura opcional contratada.**
- c) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular o insurrecciones, salvo cuando el Asegurado sea**

- víctima de estos actos y no participe o haya tenido participación en los mismos.
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
 - e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que este último haya sido el provocador.
 - f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
 - g) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor. Esta exclusión no aplicará si el Asegurado declaró el uso de este medio de transporte para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente cubrirlo en la Póliza.
 - i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
 - j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un evento cubierto.
 - k) Radiaciones ionizantes.
 - l) Lesiones o muerte sufridas estando el Asegurado bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico.
 - m) Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
 - n) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente.

F. Anticipo para Gastos Funerarios

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – no implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

Mediante esta Cobertura y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía realizará el pago de un porcentaje de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento con la sola presentación del certificado médico de defunción. En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte de la suma asegurada sea igual o mayor al pago que por esta cobertura tenga que efectuar la Compañía.

El monto de la suma asegurada para esta cobertura deberá constar en la carátula de la póliza y el porcentaje respectivo fluctuará entre el 25% y el 50% de la cobertura por Fallecimiento.

Esta cobertura se ofrece para hacer frente a los gastos generados como consecuencia del fallecimiento del(los) Asegurado(s) que tenga(n) contratada esta cobertura.

La cantidad que por esta cobertura pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que el(los) Beneficiario(s) al(a los) que se le dio el adelanto tenga(n) derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza.

G. Anticipo para Enfermedades Graves

Esta Cobertura Opcional – si es contratada – no implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la carátula de la Póliza.

Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, la Compañía realizará el pago de un porcentaje de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, en caso de que al Asegurado le sea diagnosticada una enfermedad y se encuentre en la fase terminal.

El monto de la suma asegurada para esta cobertura deberá constar en la carátula de la póliza y el porcentaje respectivo fluctuará entre el 25% y el 50% de la cobertura por Fallecimiento.

La cantidad que por esta cobertura pague la Compañía, será descontada de la liquidación final a que el(los) Beneficiario(s) tenga(n) derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza.

Esta cobertura aplicará para el Asegurado que así lo contrate para todas aquellas enfermedades o padecimientos salvo para aquellos que no hayan sido declaradas(os) o sean preexistentes al inicio de vigencia de la Póliza.

Periodo de espera para Anticipo de Enfermedades Graves

Cuando al Asegurado le sea diagnosticada una enfermedad y se encuentre en la fase terminal, tal condición o avance de la enfermedad deberá ser demostrada mediante estudios, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio para lo cual estos últimos deberán ser proporcionados junto con el diagnóstico respectivo, hecho lo anterior, la Compañía podrá confirmar dicho diagnóstico a través de un médico por ella nombrado. Para lo anterior, la Compañía contará con un periodo de un mes, para

otorgar el dictamen de procedencia o improcedencia para el pago de esta cobertura, contado a partir de que el Asegurado presente la reclamación con las pruebas solicitadas.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes no declaradas.**
- b) Intento de suicidio o lesión auto inflingida con intención.**
- c) Adicción al alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicos.**

FUNCIONAMIENTO

1. Suma Asegurada

La suma asegurada en cualquier momento será igual a la suma asegurada inicial más los incrementos y menos los decrementos automáticos preestablecidos originalmente más los incrementos y menos los decrementos contratados con posterioridad a la iniciación del seguro.

En caso de fallecimiento del asegurado dentro de la vigencia de la póliza, la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento, y el monto existente en el Fondo en Administración, en la fecha de la muerte, en caso de haberse constituido este último a través de aportaciones adicionales, será pagado al(los) beneficiario(s) designado(s), una vez que se presente toda la documentación que acredite que dicho evento haya ocurrido de conformidad con las condiciones vigentes en la Póliza.

2. Reserva Matemática

Mensualmente se determinará el importe de la reserva matemática que corresponda a cada Póliza, con base a las Primas efectivamente pagadas y la Suma Asegurada, utilizándose los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente, así como los registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3. Fondo en Administración

Todas las aportaciones que el Asegurado realice por concepto de aportaciones adicionales, se destinan al Fondo en Administración, al cual se le deducirá el gasto por servicios de administración.

La Compañía podrá invertir las aportaciones adicionales recibidas por parte del Asegurado, de conformidad a las Reglas para la Inversión de la Reserva Técnica de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en vigor, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en diferentes fondos de inversión de renta fija emitidos por Instituciones de Crédito o por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad sin que esto signifique que se esta garantizando un rendimiento predeterminado debido a las fluctuaciones del mercado y con la liquidez necesaria para cubrir las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con las condiciones establecidas para tal efecto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del Fondo en Administración.

Por su parte, la Compañía tiene derecho a compensar contra este Fondo en Administración, cualquier adeudo que tenga el Asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del Contrato de Seguro.

Salvo estipulación en contrario entre el Asegurado y la Compañía mediante Endoso a esta Póliza, el importe del Fondo en Administración se calculará y administrará por la Compañía de acuerdo con las políticas y procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Por cada póliza se llevará un saldo del Fondo en Administración.

4. Valor en Efectivo

El valor en efectivo de la Póliza en cualquier fecha, estará integrado por el valor de rescate más el saldo del Fondo en Administración en la fecha correspondiente.

5. Costo del Seguro

La Compañía al momento de recibir el pago de primas por parte del Asegurado, deducirá el monto correspondiente a el gasto por servicios de administración y la prima de las coberturas por él contratadas y el remanente en caso de que lo haya, se enviará a la reserva matemática.

Si el Asegurado deja de pagar la prima o una de sus fracciones, la Compañía descontará el importe de dicha prima o fracción del Fondo en Administración. Este procedimiento se repite mientras exista dinero suficiente en el Fondo en Administración del Asegurado.

En caso de que el Fondo en Administración sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, la póliza continuará en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

6. Continuación Automática del Seguro

En caso de que por cualquier causa se suspenda el pago de primas de la Póliza, o el importe de ésta se reduzca de acuerdo al plan de pagos vigente, la Póliza permanecerá en vigor mientras el importe de la reserva matemática correspondiente se agote, por cualquier otra causa.

Para mantener la Póliza en vigor, se dispondrá del monto de la reserva matemática el costo del seguro correspondiente de acuerdo al plan contratado.

En caso de que la reserva matemática no sea suficiente para mantener la Póliza en vigor, y exista en el Fondo en Administración un saldo suficiente, se dispondrá de éste para cubrir el déficit que se produzca en la reserva matemática y así poder ampliar el tiempo que alcance la vigencia de la Póliza; este procedimiento se repartirá mientras el saldo del Fondo en Administración lo permita. Lo anterior será aplicable siempre que no exista estipulación en contrario mediante Endoso a esta Póliza.

La Póliza cesará en sus efectos treinta días naturales después del momento en que no sea posible cubrir el déficit que se produzca en la reserva matemática de acuerdo con el párrafo anterior, siempre y cuando no se haya hecho pago alguno de Prima en dicho lapso.

7. Cargo al Fondo en Administración

La Compañía efectúa un cargo al Fondo en Administración, por los servicios que proporciona por la administración del mismo. El importe de dicho costo se muestra en la Carátula de la Póliza.

8. Retiros

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado puede en el momento en que así lo desee, hacer retiros parciales de su Fondo en Administración. El monto del retiro parcial se deducirá del Fondo en Administración constituido. El Asegurado puede hacer diversos retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes de la Compañía, que se darán a conocer a través de los estados de cuenta que se envíen al Asegurado.

En caso de que el Asegurado, previa solicitud de la Compañía, decida cancelar la Póliza en todos sus beneficios y producto de esta situación tuviera saldo a favor del valor de rescate a la fecha de cancelación, la Compañía otorgará como finiquito de la Póliza este valor de rescate aplicando un cargo

del diez por ciento sobre este concepto con un máximo de dos veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal a la fecha de cancelación.

9. Valor de Rescate

El valor de rescate de la Póliza en cualquier fecha será igual al importe de la reserva matemática existente.

10. Terminación del Contrato

El Contrato terminará sin obligación alguna para la Compañía, con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado, por liquidación del valor en efectivo o treinta días naturales después del momento en que la reserva matemática no sea suficiente para mantenerlo en vigor de acuerdo a la cláusula Continuación Automática del Seguro, tratándose de este último caso, el Contrato será cancelado.

11. Temporalidad del Contrato

El presente seguro tendrá una vigencia anual y su renovación anual será automática hasta que el Asegurado tenga 71 años cumplidos. Adicionalmente, a través de este seguro se tiene la opción de que el Asegurado constituya un fondo de ahorro generado a través de sus aportaciones adicionales, el cual se va acumulando con la renovación de la Póliza y en caso de no ser pagada la prima correspondiente los recursos existentes en el Fondo en Administración serán empleados para mantener vigente la Póliza durante el periodo que dichos recursos lo permitan.

12. Formas Opcionales de Liquidación

La Compañía liquidará al Asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier cantidad que resulte pagadera de acuerdo con los términos establecidos en la Póliza, mediante alguna de las siguientes opciones:

12.1. Pago Único. La Compañía paga la suma asegurada y/o el Fondo en Administración en una sola exhibición.

12.2. Fideicomisos. El Asegurado puede contratar un fideicomiso para que la suma asegurada y/o el Fondo en Administración, sea pagado de acuerdo con lo que se especifique en los contratos de Fideicomiso de la Compañía.

12.3. Otra. Todo monto pagadero bajo la Póliza puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación establecida en la Carátula de la Póliza al momento de la contratación del seguro.

Cualquiera que sea la opción de liquidación que elija el Asegurado al momento de la contratación, podrá ser cambiada mediante notificación por escrito a la Compañía; siempre y cuando la Compañía no haya realizado pago alguno.

13. Estado de Cuenta

La Compañía enviará al Asegurado, por lo menos una vez al año, un estado de cuenta en el que se muestran los movimientos realizados en su Fondo en Administración. Además, se pueden enviar estados de cuenta a solicitud expresa por parte del Asegurado.

El Asegurado dispone de 45 (cuarenta y cinco) días naturales, contados a partir de que reciba el estado de cuenta, en el último domicilio registrado por la Compañía, para solicitar cualquier aclaración y/o rectificación.

14. Rectificación de los valores en efectivo de la Póliza

En caso de que fuere necesario rectificar el importe de las primas estipuladas por esta Póliza o ajustar el costo del riesgo amparado, se calcularán los valores en efectivo de la Póliza correspondientes a los valores rectificadas; si como consecuencia de dicho calculo se genera en algún momento reserva negativa (tomando en cuenta el procedimiento estipulado en la cláusula Continuación Automática del Seguro), se considerará que la Póliza dejo de estar en vigor en la fecha en que se hubiera producido dicha reserva negativa (de acuerdo con las bases de cálculo registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas), limitándose la responsabilidad de la Compañía a la devolución de las primas recibidas con posterioridad a la fecha en que la Póliza hubiera dejado de estar en vigor.

Cualquier otra rectificación no prevista, se sujetará al procedimiento que registre la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para el efecto.

RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES

1º Obligaciones del Asegurado

En caso de siniestro, el Beneficiario o Asegurado se obliga a:

1. Aviso de Siniestro

(Artículos 66, 67, 68, 69 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

El Beneficiario o Asegurado salvo casos de fuerza mayor o fortuitos deberá dar aviso por escrito a la Compañía inmediatamente de que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del contrato si el Asegurado o Beneficiarios omiten dar el aviso inmediato y oportuno conforme al párrafo anterior, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias en las que ocurrió el siniestro.

2. En caso de reclamaciones

El Asegurado o Beneficiario en su caso, se obligan a proporcionar toda la información, datos y/o pruebas necesarios para resolver sobre cualquier reclamación que se hubiere presentado.

En toda reclamación el Asegurado o Beneficiario(s) deberán comprobar a la Compañía, la realización del siniestro y deberán presentarle las formas y/o documentación que sustente la reclamación correspondiente. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación.

Este trámite deberá realizarlo el reclamante con documentación original.

Los formatos de la Compañía se encuentran disponibles en www.latinoseguros.com.mx.

En toda reclamación es indispensable que el reclamante entregue a la Compañía la siguiente documentación:

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- Informe del reclamante. Solicitud de reclamación.
- Documentación que la Compañía considere necesaria para acreditar la procedencia de la reclamación y que sea requerida al reclamante para conocer las circunstancias de la realización del siniestro.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los cinco años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tratándose de la cobertura de fallecimiento, y de dos años para las demás.

Una vez transcurrido este plazo la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que la Compañía no estará obligada a entregar una indemnización mayor a la que le corresponde a cada cobertura contratada.

La Compañía tendrá el derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Reclamante para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

En base a lo anterior, el Asegurado autoriza a todos los hospitales, clínicas, sanatorios y médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona designada por ésta; asimismo el Asegurado se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía, a costa de ella, para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

2° Base de indemnización

(Artículos 33 y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Las cantidades pagaderas por la Compañía en virtud de este seguro, serán cubiertas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la presentación de toda la documentación e información requerida que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

1. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, la Compañía tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago hasta completar la prima anual correspondiente.
2. La indemnización será cubierta al Asegurado o a quien en derecho corresponda contra la presentación de los comprobantes que la acrediten, en las oficinas generales de la Compañía.
3. En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del Asegurado o de su Representante (Reclamante), la realización del siniestro. El Asegurado o Reclamante deberán requisitar las formas correspondientes que para el efecto le proporcione la Compañía, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados.
4. La Compañía podrá nombrar un supervisor, el cual verificará la identidad del Asegurado, corroborará en su caso la enfermedad o lesión del Asegurado.
5. Cualquier pago que hubiere de realizar la Compañía en virtud de este seguro, lo hará en sus oficinas, previa solicitud del Asegurado o Reclamante en forma escrita. Este trámite deberá realizarlo el Asegurado o Reclamante con documentación en original.
6. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia – en el aviso – por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago, junto con los intereses generados conforme a la tasa promedio alcanzada por la inversión de la reserva de la Compañía.

Pagos improcedentes

Cualquier pago que la Compañía realice indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja o a causa de omisión, error o negligencia en el aviso por parte del Contratante o con motivo de documentación apócrifa proporcionada a la Compañía para avalar la reclamación correspondiente o por cualquier otra causa, obliga al Asegurado y/o beneficiario a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Cualquier indemnización realizada indebidamente por la Compañía nunca implicará la aceptación de la procedencia de dicha indemnización y no la obliga a continuar indemnizando.

3º Interés Moratorio

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor de las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.
Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 la mora;
- III. En caso que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicado por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; y
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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.

4º Pérdida del Derecho a ser Indemnizado

(Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70, 77 y 193 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones de la Compañía de acuerdo a lo establecido en los Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70, 77 y 193 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos.
- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Artículo 10

Para los efectos de esta Ley se entiende:

I.- Por coaseguro, la participación de dos o más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado;

II.- Por reaseguro, el contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo;

II Bis.- Por reaseguro financiero, el contrato en virtud del cual una empresa de seguros, en los términos de la fracción II del presente artículo, realiza una transferencia significativa de riesgo de seguro, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento del reasegurador, y

III.- Por contraseguro, el convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga a reintegrar al contratante las primas o cuotas satisfechas o cubiertas, cuando se cumplan determinadas condiciones.

Artículo 36-C

Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro.

Artículo 135 BIS

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

VII. 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VIII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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;

IX. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

Artículo 136

En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa 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 lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se hubiere dictado sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

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.

Artículo 140

Asimismo, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en las citas reglas generales emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones y sociedades mutualistas de seguros y los agentes de seguros deberán observar con respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquellas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que dichas instituciones, sociedades y agentes deben recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas instituciones, sociedades y agentes deberán de resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o a quienes lo hayan sido, así como de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo.

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 y 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 aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 19

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

ARTÍCULO 21

El contrato de seguro:

- I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;
- II. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

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 33

La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 34

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Artículo 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

Artículo 41

Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 47

Cualquier 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 48

La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 49

Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 51

En caso de la rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta Ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados. Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

Artículo 52

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

Artículo 56

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Artículo 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 63

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64

En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

Artículo 65

Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 66

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente Ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberán ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67

Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68

La Latinoamericana quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 72

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal. Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 76

Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 77

En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Artículo 81

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa 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.

Artículo 84

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, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 161

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

- I. - 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 empresa aseguradora 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;
- II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. - 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. - 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 empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 163.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

Artículo 165.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Artículo 177.- Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.

Artículo 193

Todas las disposiciones de la presente Ley tendrá el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0094-2013 de fecha 23 de mayo de 2013, con el número RESP-S0013-0626-2015, de fecha 05 de noviembre de 2015/CONDUSEF-000892-01.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL SEGURO DE VIDA VENTA MASIVA

Temario de Capacitación

Introducción al Seguro de Vida

- I. EL seguro de Vida
- II. Interés y Riesgo Asegurable
- III. ¿Quién puede contratar el seguro de vida?
- IV. Requisitos de contratación

Marco Normativo Aplicable

- I.-Ley Sobre el Contrato de Seguro
- II.- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
- III.- Circular Única de Seguros

Características del Producto

- I.- Cobertura Básica
- II.- Coberturas Adicionales que se pueden contratar
- III.- Beneficios Adicionales
- IV.- Aportaciones al Fondo en Administración y su manejo
- V.- Formas de Comercialización y pago de la prima
- VI.- Obligaciones Contractuales
- VII.- Documentación e información requerida para la contratación

Terminación y/o Cancelación del Seguro

- I.- Plazos para cancelación
- II.- La rehabilitación
- III.- Periodo al Descubierto

Atención de Siniestros

- I.- Requisitos para el pago a beneficiarios y/o asegurados
- II.- Pago de Suma Asegurada y coberturas
- III.- Terminación y/o cumplimiento de la relación contractual