

Seguro de Vida Grupo DEFENSA LATINO

Índice

I) DEFINICIONES	
Asegurado Titular:	4
Compañía:	4
Contratante:	4
Endoso:	4
Extra prima	4
Cantidad adicional que la parte Contratante del Seguro se obliga a pagar a La Latinoamericana por cubrir un riesgo agravado.....	4
Finiquito:	4
Grupo asegurable.....	4
Prima:	4
Suma Asegurada:.....	5
II) CLAUSULAS GENERALES:	
1. CONTRATO DE SEGURO.....	5
2.VIGENCIA DEL CONTRATO	5
3.TERMINACIÓN DEL CONTRATO	5
4.OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.....	7
5.MODIFICACIONES	7
6.CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN.....	7
7.MONEDA.....	7
8.EDAD.....	7
9.MONTO DE PRIMAS	8
10.FORMA Y LUGAR DE PAGO	8
11.PAGO DE PRIMAS	8
12.VENCIMIENTO DEL PAGO	9
13.PLAZO DE GRACIA.....	9
14.REHABILITACIÓN	9
II) COBERTURAS AMPARADAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA POLIZA.....	13
I.COBERTURA BASICA.....	13
II.COBERTURA ADICIONAL.....	13
III.Suicidio.....	14
IV.Selección de Riesgo.....	14
V.Cambio de Contratante.....	14
VI.Registro o relación de Asegurados.....	14
VII. Altas de Asegurados.....	15
VIII.Bajas de Asegurados.....	16
IX.Designación y cambio de Beneficiarios.....	16
X.Obligaciones del Contratante.....	16
XI.Suma asegurada.....	17
XII.Certificados individuales.....	17
XIII.Entrega y disposición de la Documentación Contractual.....	17
XIV.Forma de pago de alguna de las coberturas.....	17



I) DEFINICIONES

Asegurado Titular:

Es la persona física que se encuentra amparada bajo los términos de este contrato.

Compañía:

La Latinoamericana Seguros, S.A., en adelante puede aparecer indistintamente como La Latinoamericana.

Contratante:

Es la persona moral que ha solicitado la celebración de este contrato para los sujetos que ha declarado como miembros del grupo, y es responsable ante La Latinoamericana del pago de la prima correspondiente.

Dependiente:

Es la persona física que guarda parentesco con el asegurado titular para efectos de este seguro deberán considerarse únicamente: al cónyuge o concubina (o) y/o a los hijos menores de 25 años.

Endoso:

Documento que se agrega a la póliza y que forma parte de la misma, que modifica y/o se adiciona a sus Condiciones Generales. Lo estipulado en el endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello en que se contraponga.

Extra prima

Cantidad adicional que la parte Contratante del Seguro se obliga a pagar a La Latinoamericana por cubrir un riesgo agravado.

Edad promedio actuarial:

Parámetro determinado conforme el cálculo actuarial establecido para el grupo asegurado, el cual se determina según la estadística existente y las características del grupo asegurado.

Finiquito:

Documento que deberá ser firmado por el beneficiario de la indemnización, contra entrega de la orden de pago o del medio que requiera pudiendo ser por cheque, transferencia electrónica, depósito en cuenta bancaria, para el pago de la suma asegurada.

Grupo asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Prima:

Es la cantidad que el CONTRATANTE pagará a La Latinoamericana como contraprestación del seguro contratado, dentro del plazo acordado.

Periodo de gracia:

Es el lapso de tiempo concedido al CONTRATANTE podrá efectuar el correcto y oportuno pago de la prima

Prima neta no devengada:

Es la parte de la cantidad pagada como contraprestación a La Latinoamericana que corresponde al riesgo cubierto pendiente a fin de vigencia.

Reserva Matemática:

Es la cantidad existente en la póliza, determinada conforme a las normas técnicas establecidas para el caso.

Siniestro:

Realización de la eventualidad prevista y amparada por el presente contrato que de origen al pago de la indemnización cubierta.

Suma Asegurada:

Es la cantidad total que La Latinoamericana pagará a los beneficiarios designados en la póliza, al ocurrir el siniestro amparado en este contrato, o bien, al asegurado titular para el caso de fallecimiento de alguno de sus dependientes.

Vigencia del seguro:

Periodo de tiempo durante el cual están vigentes los derechos y obligaciones de este contrato, el cual empieza desde las 12:00 hrs del primer día estipulado en la carátula de póliza y culmina a las 12 hrs del último día señalado en la carátula de póliza.

II) CLAUSULAS GENERALES:

1. CONTRATO DE SEGURO

La Latinoamericana, de conformidad con las presentes Condiciones Generales, Particulares, Endosos y las características del Seguro contratado se obliga a pagar la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza o certificado individual a la persona que tenga el carácter de beneficiario estampado de puño y letra del asegurado titular en el documento denominado "Consentimiento", o bien a favor de este tratándose de la cobertura Gastos Funerarios Dependientes.

Este Contrato está constituido por la Solicitud, la Póliza y los Endosos que se agreguen, además de los Certificados Individuales, los Consentimientos y el registro o relación de Asegurados.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

2. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este Contrato estará vigente, según Condiciones Generales durante el período de Seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza, y cuya temporalidad es de un año.

Inicia a las doce horas del primer día del período de Seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de Seguro contratado.

3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 Hrs. de la fecha correspondiente.

- Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.
- Si los miembros del grupo asegurado pierden su calidad de grupo asegurable, La Latinoamericana dará por cancelado el Contrato mediante aviso con 60 días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo.
- Cuando los Asegurados se separen del grupo asegurado, se devolverá la prima neta no devengada dentro de los 30 días naturales siguientes mediante cheque expedido a favor del contratante, calculada desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la Prima.
- Cuando el asegurado titular fallezca.

A falta de pago de primas, la Vigencia del Contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, La Latinoamericana no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del Contrato.

- Las obligaciones de **La Latinoamericana** cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

*“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

*II.- Que el **asegurado** conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.”* (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

- Las obligaciones de **La Latinoamericana** quedarán extinguidas si 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 excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

- En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **La Latinoamericana** si el(los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún Tratado Internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **La Latinoamericana** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante(s)**, **Asegurado(s)** o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. **La Latinoamericana** consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas

El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a La Latinoamericana, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que La Latinoamericana reciba el documento. En este caso, La Latinoamericana se obliga a devolver la Prima neta no Devengada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de cancelación.

4. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Conforme a lo previsto por los artículos 8, 9, 10 y 47 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 Latinoamericana, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a La Latinoamericana para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

5. MODIFICACIONES

Sólo tendrán validez las modificaciones que se acuerden previamente entre el Contratante y La Latinoamericana y consten por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 o el Contratante podrán 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.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

6. CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN

El presente Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia y de la ocupación del Asegurado, o por los viajes que éste haga.

7. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de La Latinoamericana, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la época de los mismos.

8. EDAD

La edad del Asegurado será la que se reporte que tenga en la fecha de iniciación de vigencia del Contrato de Seguro o a la de sus renovaciones. En caso de altas, la que corresponda al aniversario que siga o coincida con su fecha de ingreso al Grupo Asegurado.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de aceptación, los beneficios continuarán hasta el fin de vigencia, cancelándose automáticamente a la siguiente renovación.

La edad de los miembros del Grupo Asegurado debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario La Latinoamericana, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a La Latinoamericana, ésta lo anotará en el Certificado Individual, o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por La Latinoamericana en la Carátula de esta Póliza, el Certificado correspondiente seguirá en vigor por la misma Suma Asegurada, de acuerdo a las reglas siguientes (Este procedimiento no aplica cuando se trate de un grupo que se haya emitido a edad promedio):

- a) Si la edad declarada resultare inferior a la real, la obligación del Contratante y/o Asegurado aumentará 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, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad.

Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.

- b) Si la edad declarada resultare superior a la real, La Latinoamericana reembolsará al Contratante y/o Asegurado, de inmediato, 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.
- c) En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a La Latinoamericana, en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Latinoamericana pagará la cantidad que resulte de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en la fecha de iniciación de vigencia del Seguro o en la de su última renovación.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la Carátula de esta Póliza, el Contrato quedará rescindido respecto del miembro de que se trate y el Certificado respectivo sin valor alguno y La Latinoamericana reembolsará al Contratante la Reserva Matemática correspondiente al expresado miembro.

9. MONTO DE PRIMAS

La prima total inicial del Grupo Asegurado es la suma de las primas que correspondan a cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, de acuerdo con su ocupación, actividad básica, Suma Asegurada, tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada periodo de seguro y la edad real de cada Asegurado; si no se cuenta con la información real de las edades, se aplicará la prima correspondiente a la edad promedio actuarial; o bien, a través de los grupos con experiencia siniestral. (Incluyendo beneficios adicionales).

La prima cubre el período correspondiente al plazo elegido y será pagadera instantáneamente. En cada renovación, La Latinoamericana podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro, de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A cada miembro del Grupo Asegurado, que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la Prima por Devengar que corresponda a su edad, en el mismo plan.

Cuando los Asegurados se separen del Grupo Asegurado, se devolverá la Prima neta no devengada, calculada desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la Prima por días exactos dentro de los treinta días naturales siguientes.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor a la fecha de la misma, que se hayan registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

10. FORMA Y LUGAR DE PAGO

El Contratante y/o Asegurado pueden optar por pagar la prima total en una sola exhibición o de manera fraccionada, ya sea en periodos mensual, trimestral o semestral, dependiendo de la vigencia solicitada, en cuyo caso La Latinoamericana aplicará la tasa de financiamiento vigente al momento de la contratación.

La prima deberá ser pagada en el domicilio de La Latinoamericana, salvo pacto en contrario.

11. PAGO DE PRIMAS

El Contratante y/o Asegurado será el único responsable ante La Latinoamericana del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante y/o Asegurado recibirá de ellos la parte correspondiente.

El periodo de pago de primas es igual a la temporalidad del seguro y ofrece el pago de la prima en forma fraccionada en periodos de igual duración.

En caso de pago vía descuento o nómina o bien a través de tarjeta de crédito, el estado de cuenta, recibo de nómina, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba del pago, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

12. VENCIMIENTO DEL PAGO

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

13. PLAZO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago total de la prima o la fracción correspondiente en los casos de pagos en parcialidades.

Si dentro del plazo de gracia ocurriese el fallecimiento del Asegurado, La Latinoamericana pagará la suma Asegurada correspondiente deduciendo la parte faltante de la prima anual vencida que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

14. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en las Cláusulas anteriores, el Contratante podrá, obtener la rehabilitación de su póliza cumpliendo los siguientes requisitos:

1.- Realizar el pago de la prima o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago los efectos de este Seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y según políticas vigentes.

2.- Si el asegurado una vez realizado el pago señalado en el apartado anterior solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, La Latinoamericana ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el Seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

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

15. PRESCRIPCIÓN

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 Latinoamericana.

16. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La Latinoamericana renovará este Contrato siempre y cuando el Contratante no solicite su cancelación a La Latinoamericana dentro de los 30 días naturales anteriores a la terminación de la vigencia del Seguro, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas en la Solicitud se mantengan y no hayan sido agravadas. Además de que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Vida vigentes en la fecha de vencimiento del Contrato.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa en vigor a la fecha de la misma, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

17. INTERÉS MORATORIO

Si La Latinoamericana 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 establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

18. COMPETENCIA

En caso de controversia, el asegurado podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de La Latinoamericana de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga se dejarán a salvo los derechos del Asegurado 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 todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

19. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL POR SEPARACIÓN DEL GRUPO

Cuando el objeto del seguro sea otorgar una prestación laboral, La Latinoamericana tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión.

El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

El solicitante deberá pagar a La Latinoamericana, de acuerdo con el plan elegido, la Prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su Solicitud según la tarifa de primas que se encuentren en vigor deberá, además devolver a La Latinoamericana el Certificado Individual respectivo, para su cancelación.

20. COMUNICACIONES

Toda comunicación entre La Latinoamericana y el Asegurado y/o Contratante, deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la póliza.

Para el caso de que La Latinoamericana cambie de domicilio, ésta lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

Conforme a la disposición tercera transitoria de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas mediante la cual se establece que seguirán vigentes las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 Ley General de Instituciones Mutualistas de Seguros hasta en tanto no sean dictadas las relativas al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación del día cuatro de abril del dos mil trece, el Asegurado y/o el Contratante deberá proporcionar a La Latinoamericana todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

21. DISPUTABILIDAD

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de dos años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando La Latinoamericana a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato.

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

En caso de rehabilitación de un Certificado Individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por La Latinoamericana.

22. NOTIFICACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Latinoamericana 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 Latinoamericana 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.

23. DATOS DE CONDUSEF Y UNIDAD ESPECIALIZADA:

Para cualquier reclamación que con motivo del presente seguro desee presentar se encuentran a su disposición las siguientes instancia, podrá comunicarse a la unidad especializada de esta compañía por cualquiera de los siguientes medios, por correo electrónico: unidad_especializada@latinoseguros.com.mx; de manera física en el domicilio: Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 piso 8, colonia centro, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06007, Ciudad de México bien por teléfono al número 55 51302800 ext. 1633 o 800 001 1900. Sin perjuicio de lo anterior de considerarlo necesario así mismo podrá gestionar lo conducente ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, a través de cualquiera de los siguientes medios, para las personas que se encuentran en la Ciudad de México al domicilio Insurgentes Sur 762, Del Valle, Ciudad de México. C.P. 03100, para las personas que se encuentren en un estado diverso en la república mexicana podrán consultar la subdelegación que les corresponda en la página web de la comisión a través de la siguiente dirección: <https://www.gob.mx/condusef> , o bien al número telefónico 55 5340 0999 y (01 800) 999 8080, también puede requerir asesoría por correo electrónico al siguiente correo: asesoria@condusef.gob.mx.

II) COBERTURAS AMPARADAS Y FUNCIONAMIENTO DE LA POLIZA.

I. COBERTURA BASICA

FALLECIMIENTO:

Si llegara a ocurrir durante la vigencia de la póliza el deceso del Asegurado titular, La Latinoamericana pagará a (los) beneficiario(s) designado (s), por el propio asegurado titular en el documento "Consentimiento Seguro de Vida grupo" la Suma Asegurada contratada, si el Asegurado Titular sobrevive al término de la vigencia de la póliza, la protección terminará sin obligación para La Latinoamericana.

Para esta cobertura los límites de edad son: mínima de 18 años y 79 años como máximo.

Asegurado	Admisión	Edad Máxima de Renovación	Cancelación
Asegurado	18 a 79 años	89 años	90 años

II. COBERTURA ADICIONAL

GASTOS FUNERARIOS DEPENDIENTES

Si durante la vigencia del seguro ocurriera el fallecimiento de alguno de los Dependientes del Asegurado Titular, La Latinoamericana pagará la Suma Asegurada Contratada, la cobertura solo opera mientras el Asegurado Titular permanece con vida, si sobreviven el asegurado titular y sus dependientes al término de la vigencia de la póliza, la protección terminará sin obligación alguna para La Latinoamericana.

Para efectos de este contrato, se entiende por Dependientes del Asegurado titular a quienes guarden el parentesco de: Cónyuge o Concubino (a), con edad mínima de 18 y máxima de 79, Hijos con edad mínima de cero máxima 24 años de edad, siempre y cuando sea soltero (a) y dependa económicamente del asegurado titular.

Para el caso de hijos entre los 0 y 12 años la indemnización correspondiente al fallecimiento en ningún caso podrá ser mayor a 60 veces el salario mínimo general vigente.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO ASEGURADO TITULAR:

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del Asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el Contrato, el Seguro será ineficaz, pero los herederos del Asegurado tendrán derecho a la Reserva Matemática.
- Suicidios del asegurado titular ocurridos antes o durante del primer año de vigencia del seguro.
- Si el fallecimiento del asegurado titular ocurre cuando este se encuentre ejecutando o participando de manera directa en actos ilícitos, no se cubren actos delictivos en los que participe como sujeto activo.

- Si se agrava el riesgo por la participación del asegurado titular según lo descrito en la cláusula 3. **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO** último párrafo.

Para cualquiera de las Coberturas de Gastos Funerarios descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

Edades

Dependiente	Admisión	Edad Máxima de Renovación	Cancelación
Cónyuge o concubina (o)	18 a 79 años	89 años	90 años
Hijos	0 a 24 años	25 años	25 años

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará automáticamente para el titular y/o Asegurado(s) adicional(es) sin necesidad de declaración expresa de La Latinoamericana:

En el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 90 años, del Asegurado adicional (cónyuge) sea de 90 años, el Asegurado adicional (hijos) sea de 25 años.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA GASTOS FUNERARIOS DEPENDIENTES (GFD):

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Si dentro del siniestro se viera involucrado de manera directa el asegurado titular.

III. Suicidio

La Latinoamericana estará obligada a indemnizar a los beneficiarios designados, en caso de suicidio del Asegurado Titular, si este ocurre después de 1 (un) año de estar en vigor este contrato.

IV. Selección de Riesgo

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

V. Cambio de Contratante

Cuando haya cambio de Contratante y éste no cumpla con lo establecido en las políticas de La Latinoamericana, ésta podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos miembros al Grupo Asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Latinoamericana reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la Prima Neta No Devengada.

VI. Registro o relación de Asegurados

La Latinoamericana llevará un registro de Asegurados en el que consten, por lo menos, los siguientes datos de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado: Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, Suma Asegurada, fecha en

que entra en vigor el seguro, fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro, número de certificado individual y coberturas amparadas. Este registro no procederá en las Pólizas con Sistema de Auto administración.

La Latinoamericana entregará al Contratante el Registro o relación de Asegurados y en la copia que conserve registrará las altas y bajas, de acuerdo a la relación que el Contratante envíe a La Latinoamericana y la cual formará parte integral del propio Registro.

El Contratante se obliga a reportar a La Latinoamericana los movimientos de altas y bajas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que La Latinoamericana, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato de una baja, el Seguro continuará originando prima por ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, La Latinoamericana tendrá pleno derecho a dar de baja al Asegurado y cobrar la prima correspondiente por el tiempo que estuvo Asegurado o en su defecto cobrar el importe total más gastos de administración del accidente cubierto por la Póliza en caso de haber siniestro.

En caso de las Pólizas con Sistema de Auto administración, La Latinoamericana tendrá la facultad de solicitar por escrito al Contratante la información correspondiente al registro o relación de Asegurados, en cualquier momento. El Contratante contará con quince días naturales para proporcionar la información requerida por La Latinoamericana.

VII. Altas de Asegurados

Los miembros que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del presente contrato y hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado, hasta por el máximo de la Suma Asegurada que se estipule en la Carátula de esta Póliza, siempre que reúnan los requisitos siguientes:

Que de las declaraciones contenidas en el consentimiento individual resulte que el solicitante se encuentra en buen estado de salud y no esté incapacitado.

Que la Suma Asegurada no sea superior a la que se establece en la Carátula de la Póliza como máxima a conceder sin examen médico.

Que no excedan la edad máxima de aceptación que figura en la Carátula de la Póliza.

Tratándose de miembros que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración de este contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado, La Latinoamericana, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esta situación, podrá exigir requisitos médicos y otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. En este caso quedarán Asegurados desde la fecha de aceptación por parte de La Latinoamericana.

Cuando La Latinoamericana exija requisitos médicos u otros para asegurar a los miembros a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se haya cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Mientras esté en vigor la Póliza, La Latinoamericana incluirá en la misma nuevos Asegurados, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a La Latinoamericana, indicándole la protección que corresponda de acuerdo a las reglas establecidas en la Póliza; por su parte, La Latinoamericana cobrará una Prima de acuerdo a la ocupación y actividad del Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha del vencimiento de la Póliza. Esto en el entendido de que el Contratante deberá seguir pagando prima.

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

VIII. Bajas de Asegurados

Cuando un Asegurado sea dado de baja, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho, en un lapso no mayor a cinco días hábiles, contados a partir de la fecha de la separación, el nombre de la persona que haya dejado de pertenecer al Grupo Asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de dicho Grupo Asegurado. La responsabilidad de La Latinoamericana cesará desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

La notificación para dar de baja a algún(os) Asegurado(s) de la Póliza, deberá ser por escrito y firmada por el Contratante al dejar de pertenecer al Grupo Asegurado.

De acuerdo al Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo

La Latinoamericana devolverá la Prima Neta No Devengada de los integrantes dados de baja, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

IX. Designación y cambio de Beneficiarios

El Asegurado Titular puede nombrar libremente a sus beneficiarios, a través del llenado del documento "CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO DENTRO DEL SEGURO DE VIDA GRUPO", entregando el original a LA LATINOAMERICANA una vez que lo haya requisitado, lo anterior a fin de dar cumplimiento a lo establecido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Se entenderá como Beneficiario, para cobrar el importe del Seguro en caso de muerte de un Asegurado, a la persona o personas cuyos nombres estén anotados con tal carácter en el último consentimiento requisitado y enterado por el asegurado, documento que contiene la designación de beneficiarios o bien en el certificado individual.

La designación hecha, podrá ser modificada en cualquier momento debiendo notificar el cambio por escrito a La Latinoamericana, indicando el nombre del nuevo beneficiario, así como el porcentaje, y el carácter de la designación (revocable o irrevocable) en caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Latinoamericana pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones de este contrato. En caso de que el Asegurado no comunique por escrito oportunamente el cambio de Beneficiario, La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios registrados en el Certificado, y con ello quedará liberada de sus obligaciones.

Si sólo se hubiere nombrado un Beneficiario y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

Cuando no haya Beneficiario designado, siempre que exista el consentimiento expreso del asegurado titular, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Latinoamericana la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato.

X. Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este Contrato:

Comunicar a La Latinoamericana los nuevos ingresos del Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, sexo, Suma Asegurada o regla para calcularla, la designación de Beneficiarios y si ésta se hace de forma irrevocable, fecha de ingreso a la empresa y en general verificar que el consentimiento se conteste en su totalidad, fecha de alta y firma.

Comunicar a La Latinoamericana de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 5 días siguientes a cada separación.

Dar aviso por escrito, a La Latinoamericana, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas, de acuerdo con las reglas establecidas para determinarla; o alguna extra prima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas o extra primas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

En caso de modificación de las reglas para la determinación de la Suma Asegurada, enviar a La Latinoamericana los nuevos Consentimientos de los Asegurados.

Tener a disposición de La Latinoamericana, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

XI. Suma asegurada

Cantidad que La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios de cada Asegurado en caso de fallecimiento del mismo. La Suma Asegurada a pagar es la que se estipula en la Carátula de la Póliza así como en el certificado individual.

La Suma Asegurada máxima que La Latinoamericana cubrirá para los Asegurados sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la Carátula de la Póliza; los Asegurados que superen la Suma Asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que La Latinoamericana considere pertinentes, de acuerdo al monto de Suma Asegurada y la edad del Asegurado.

XII. Certificados individuales

La Latinoamericana expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, Certificados Individuales que contendrán nombre, teléfono y domicilio de La Latinoamericana, firma del funcionario autorizado por La Latinoamericana; operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado; nombre del contratante; nombre y fecha de nacimiento del Asegurado; la fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado; la Suma Asegurada que a cada uno le corresponda; nombre de los Beneficiarios y la transcripción de las Cláusulas principales de esta Póliza.

XIII. Entrega y disposición de la Documentación Contractual.

La Latinoamericana está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, lo que hará de manera personal al momento de contratar el Seguro.

Sin perjuicio de lo anterior la documentación contractual, podrá solicitarse a La Latinoamericana, comunicándose a los teléfonos 55 51302800 en la Ciudad de México., o al 800 010 0528 para el resto de la República, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el contratante y/o representante del mismo, deberá comunicarse a los teléfonos 55 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 800 010 0528 para el resto de la República. La Latinoamericana 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.

XIV. Forma de pago de alguna de las coberturas

En caso de que ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular, o de alguno de sus dependientes, La Latinoamericana realizara el pago de la Suma Asegurada a los beneficiarios designados según lo establece en la Cláusula designación y cambio de Beneficiarios o a favor del asegurado titular.

El proceso de reclamación consiste en que el beneficiario se comunique al 800 249 0581, 55 51 30 28 00 donde le indicaran los pasos a seguir para poder llevar a cabo el pago de la indemnización, así como la documentación para poder efectuar el pago de la cobertura:

- a) Formato de reclamación, individual por cada beneficiario.
- b) Original del Acta de Defunción y/o Certificado de Defunción y/o carta original del médico legista (con copia de la identificación y cedula profesional) –en todos casos.
- c) Original de la póliza de seguro y/o certificado individual.
- d) Copia identificaciones oficiales de los beneficiarios y asegurado (INE, pasaporte, Cedula Profesional, Cartilla Militar) (solo en caso de contar con ellas).
- e) Original de las actas de nacimiento de los beneficiarios si estos son hijos.
- f) Original del acta de matrimonio del beneficiario si este es el cónyuge o bien Copia certificada de la jurisdicción voluntaria que acredita el concubinato.

- g) carpeta de investigación en copias simples, si la muerte fue violenta o accidental, o bien, Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya ministerio público en la Zona.
- h) Documento que acredite parentesco entre el beneficiario y el asegurado titular a fin de no realizar las retenciones de ley.
- i) Formatos institucionales, (Declaración de muerte 1 y 2, Expediente de Identificación y conocimiento del Cliente.

Para la cobertura de Gastos Funerarios Dependientes, se requerirá la siguiente documentación:

- a) Copia Certificada de Acta de nacimiento,
- b) Copia Certificada de Acta de matrimonio si el/la esposo(a) o de la resolución de jurisdicción voluntaria que acredite el concubinato
- c) Copia de la identificación oficial vigente del asegurado titular y del fallecido (solo si este es mayor de edad y se cuenta con ella),
- d) Formato de reclamación del asegurado titular.
- e) Copia certificada de la jurisdicción voluntaria que acredita el concubinato.
- f) Original de la póliza de seguro y/o certificado individual.
- j) Formatos institucionales, (Declaración de muerte 1 y 2, Expediente de Identificación y Conocimiento del Cliente.

Muerte accidental, además de los documentos mencionados para la cobertura básica, deberá de presentar lo siguiente:

Carpeta de investigación aperturada por el Ministerio Público, correspondiente en copias simples salvo que se trate de la muerte de un dependiente situación en la cual, deberá anexar copias autenticadas, en dicha carpeta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, así mismo deberá contener: la necropsia de ley, examen toxicológico, alcoholemia y dictamen en hechos de tránsito para el caso de que la muerte ocurriera en un accidente automovilístico, declaración de testigos, dictámenes periciales.

V. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS .

A) LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no se a líquida en ese momento.

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

- Value VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de a indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- Value VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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

B) LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Se deberá entender en adelante, únicamente para los preceptos legales transcritos de este ordenamiento, por Comisión Nacional: a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

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

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

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

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

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

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

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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

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

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

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

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

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

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la

institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

Artículo 69.- En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario.

C) LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, 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 un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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

ARTÍCULO 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 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- I. - Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
- II. - Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
- III. - Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV. - Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V. - Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

ARTÍCULO 51.- En caso de 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 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, debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

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

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

ARTÍCULO 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 empresa 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 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 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 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 corrido, 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 pago.

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

Artículo 168.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

Artículo 169.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Artículo 172.- 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 hubiera 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 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo 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 186.- Cuando herederos diversos a los que alude el artículo anterior, fueren designados como beneficiarios, tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión.
Esta disposición y la del artículo anterior se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido la forma de distribución del seguro.

Artículo 188.- Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.

Artículo 189.- Aun cuando renuncien a la herencia los descendientes, cónyuge supérstite, padres, abuelos o hermanos del asegurado, que sean beneficiarios, adquirirán los derechos del seguro.

ARTÍCULO 204.- Todas las disposiciones de la presente ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

D) CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

4.1.1. Las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán presentar ante la Comisión, para efectos de registro, los productos de seguros que pretendan ofrecer al público y que se formalicen mediante contratos de adhesión, así como los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo de la LISF, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 de la LISF, apegándose a lo que establece la propia LISF, las presentes Disposiciones y las demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables.

4.1.23. La documentación contractual de los productos de seguros y de las fianzas por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberá entregarse por escrito a los solicitantes, contratantes o asegurados. Previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado, la Institución o Sociedad Mutualista, podrá entregar dicha documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado. En este último caso, la evidencia tanto del consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, contratante o asegurado, como de la remisión de la documentación contractual a través de correo electrónico, deberá estar documentada y disponible en caso de que la Comisión la solicite para fines de inspección y vigilancia.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de febrero de 2020 con CNSF-S0013-0040-2020/CONDUSEF-004096-01”.