

condiciones generales

“Seguro de Vida Grupo Sin Participación de Utilidades 1906”



CONDUSEF-003386-01
0121601-A

Índice

I. DEFINICIONES.....	4
1. Accidente.....	4
2. Anquilosis	4
3. Asegurado	4
4. Asegurado titular	4
5. Beneficiario.....	4
6. Compañía.....	4
7. Contratante.....	4
8. Contrato de seguro.....	4
9. Dependientes	4
10. Endoso	4
11. Extraprima	4
12. Grupo asegurable.....	5
13. Inicio de cobertura.....	5
14. Invalidez Total y Permanente.....	5
15. Pérdidas Orgánicas.....	5
16. Período al descubierto	5
17. Periodo de gracia	5
18. Póliza.....	5
19. Preexistencia, Padecimiento o enfermedad preexistente	5
20. Prima	6
21. Prima neta	6
22. Siniestro.....	6
23. Vigencia.....	6
II. CLÁUSULAS GENERALES.....	7
1. Contrato de seguro.....	7
2. Vigencia del contrato	7
3. Terminación del contrato	7
4. Omisiones o declaraciones Inexactas.....	7
5. Modificaciones.....	8
6. Carencia de restricciones con respecto a residencia, viajes u ocupación	8
7. Moneda.....	8
8. Edad	8
9. Monto de primas.....	9
10. Forma y lugar de pago	9
11. Pago de primas	9
12. Vencimiento del pago	10
13. Plazo de gracia.....	10

14. Rehabilitación	10
15. Prescripción	10
16. Renovación	10
17. Interés moratorio	11
18. Competencia	12
19. Derecho a seguro individual por separación del grupo	12
20. Comunicaciones	13
21. Disputabilidad	13
22. Suicidio	13
23. Notificación de Comisiones	14
III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA	14
1. Descripción de la Cobertura Básica	14
2. Grupo asegurado	14
3. Selección de Riesgo	14
4. Cambio de Contratante	14
5. Registro de Asegurados	14
6. Altas de Asegurados	15
7. Bajas de Asegurados	15
8. Designación y cambio de Beneficiarios	16
9. Obligaciones del Contratante	16
10. Suma asegurada	16
11. Pago de Suma asegurada en caso de siniestro	17
12. Ajustes de la suma asegurada	18
13. Formas opcionales de pago de la eventualidad	18
14. Certificados individuales	18
17. Entrega de Documentación Contractual	19
IV. COBERTURAS ADICIONALES	20
1. Descripción de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente	20
2. Descripción de las Coberturas por Accidente	22
3. Descripción de las Coberturas de Gastos Funerarios (CGF)	25
4. Anticipo Para Gastos Funerarios (AGF)	27
5. Anticipo Para Enfermedades Graves (AEG)	27
V. Transcripción de los Artículos Contemplados en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Circular Única de Seguros y Fianzas y la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros	30

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO

I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado:

1. Accidente

Para efectos de la presente Póliza se entenderá como toda aquella lesión corporal sufrida por el Asegurado, como consecuencia de una causa súbita, fortuita, violenta de una fuerza externa independientemente de la voluntad del Asegurado mientras se encuentre vigente la cobertura. No se considerarán accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Anquilosis

Imposibilidad de movimiento de una articulación que normalmente es móvil.

3. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza.

4. Asegurado titular

Persona que aparece con esa calidad en la caratula de la póliza o certificado, según sea el caso.

5. Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

6. Compañía

La Latinoamericana, Seguros, S.A, denominada en adelante La Latinoamericana.

7. Contratante

Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro que cubre a las personas que cumplan con la definición de Grupo Asegurado y es responsable ante La Latinoamericana de pagar la prima del Seguro en su totalidad y el complemento de las demás obligaciones estipuladas a su cargo.

8. Contrato de seguro

Está constituido por la Solicitud, las Condiciones Generales, la Póliza, el cuestionario, los Endosos que se agreguen, además de los Certificados Individuales, los consentimientos y el registro o relación de los Asegurados.

Este Contrato establece que La Latinoamericana, mediante la obligación del pago de una prima a cargo del Contratante, se obliga a pagar la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza, una vez que se haya verificado la eventualidad prevista en el mismo.

9. Dependientes

Para los efectos del seguro, se consideran dependientes del Asegurado titular:

Su cónyuge.

Los hijos del titular y/o cónyuge, menores de 25 años y que no reciban remuneraciones por trabajo personal subordinado.

Los familiares del titular y/o cónyuge.

10. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o Particulares del Contrato y forma parte de éste.

11. Extraprima

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

12. 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.

13. Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de Seguro.

14. Invalidez Total y Permanente

La que sufra el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente, que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible por el cual perciba una remuneración económica.

La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo o un pie, y la vista de un ojo. En estos casos no se considerará el cumplimiento del periodo de espera.

15. Pérdidas Orgánicas

- Pérdida de una mano: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- Pérdida de un pie: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación tarso-metatarsiana o arriba de ella.
- Pérdida de los dedos: Su separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- Pérdida de la vista: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

16. Período 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 al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando La Latinoamericana acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada.

17. Periodo de gracia

Plazo que La Latinoamericana concede al Asegurado para el pago de la prima o la fracción correspondiente, en caso de pago en parcialidades.

18. Póliza

Documento emitido por La Latinoamericana en el que constan datos tales como : el titular o contratante, denominación del grupo asegurado, los eventos amparados por el seguro contratado así como el periodo de vigencia durante el cual se encuentra vigente el seguro contratado y la suma asegurada correspondiente a cada una de las coberturas contratadas, adicional a las especificaciones de ley.

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 o bien
- Que mediante un resumen o expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia del seguro que se pretenda afectar.

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 hayan practicado el Asegurado y/o Dependientes. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos

y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos, cuando así lo determine un perito médico.

Perito Médico: Profesional de la medicina legalmente autorizado para el ejercicio especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

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

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

20. Prima

Es la contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Asegurado o del Contratante.

21. Prima neta

Importe de la Prima antes del derecho de Póliza y Recargo por pago fraccionado en su caso.

22. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato que de origen al pago de la indemnización cubierta.

23. Vigencia

Periodo en que se encuentra en vigor el Contrato de Seguro.

II. CLÁUSULAS 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 al asegurado titular, o bien dependiendo de la cobertura, a la persona que tenga el carácter de beneficiario estampado de puño y letra del asegurado titular en el documento denominado "Consentimiento".

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.

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 de la 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.

El Contrato podrá ser rehabilitado si el Contratante lo solicita por escrito y La Latinoamericana lo acepta, en este caso La Latinoamericana podrá comprobar a satisfacción propia que los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud de la rehabilitación. Además, el Contratante deberá cubrir el importe de las primas insolutas.

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, salvo las restricciones que se encuentren estipuladas en las Cláusulas de Invalidez Total y Permanente en caso de que la Póliza las contenga.

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 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; pero a un plazo igual a los años transcurridos para el vencimiento del Contrato.

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, cesaran 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 mencionado 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.

Notificaciones: Toda notificación a La Latinoamericana, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado 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. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado Individual del Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Latinoamericana solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del miembro del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro del expresado miembro. 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.

23. 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.

24. 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 51302800 ext. 1633 o 01 800 001 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.

III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Descripción de la Cobertura Básica

Si durante el plazo del Seguro correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el Contratante y conforme a las Condiciones Generales de la póliza.

2. Grupo asegurado

El Grupo Asegurado lo constituyen todas las personas a las que se hace la oferta del Seguro y cumplan con las características establecidas de común acuerdo entre el Contratante y La Latinoamericana, que constarán en la Carátula de la Póliza y quedaren inscritas en el registro o relación de Asegurados.

3. 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.

4. 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.

5. 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 integrante 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.

6. 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 más el valor de la reserva que debiese de tener constituida al momento de dicha alta. 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.

7. 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.

8. Designación y cambio de Beneficiarios

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 de la compañía documento que contiene la designación de beneficiarios o bien en el certificado individual.

A menos de que el Beneficiario hubiese sido designado con carácter irrevocable, el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier momento mediante Solicitud escrita y firmada a La Latinoamericana y exhibición del consentimiento de la compañía documento que contiene la designación de beneficiarios, para su anotación. 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 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.

9. 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.

10. 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.

11. Pago de Suma Asegurada en caso de siniestro

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados el monto de la suma asegurada que corresponda. Para tal efecto, el beneficiario deberá entregar la documentación siguiente:

- Copia certificada del acta de defunción del asegurado emitida por el Registro Civil.
- Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado, emitida por el Registro Civil.
- Original (solo para cotejar) y copia del último comprobante de pago del asegurado o el inmediato anterior (si los tuvieran).
- Solicitud de pago de los beneficiarios o carta dirigida a la aseguradora en original en donde soliciten el pago de la suma asegurada, este documento deberá tener nombre del asegurado, RFC con Homoclave o CURP.
- Original (para cotejo) y copia de identificación de los beneficiarios. (IFE, pasaporte, cartilla o cédula profesional), en caso de que el domicilio no sea igual al manifestado en la credencial del IFE, se anexará comprobante de domicilio (último recibo de luz, telefónico, de pago de impuesto predial)
- Original de la designación de beneficiarios (si los tuvieran).
- Copia certificada del acta de matrimonio (cuando la beneficiaria sea la esposa)
- Copia certificada del acta de nacimiento de los beneficiarios.

En caso de haber contratado coberturas adicionales, se requerirán los siguientes documentos:

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 certificadas. 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.

En el caso de coberturas como Invalidez Total y Permanente se requerirán además de los documentos indicados para la cobertura básica, excepto la copia certificada del acta de defunción, los siguientes:

- Original del dictamen de incapacidad o en su caso invalidez expedido por el IMSS o ISSSTE o en caso de no estar afiliado, un dictamen emitido por un médico con especialidad en medicina del trabajo.
- Resumen clínico emitido por el médico tratante.
- Copias certificadas de las actuaciones del ministerio público que contengan las diligencias que indiquen la forma en que ocurrió el evento causante de la incapacidad, sólo en caso de que existan.

Para el caso de las coberturas de pérdida de miembros, se requerirán además de los documentos indicados para la cobertura básica, salvo la copia certificada del acta de defunción, los siguientes:

- Resumen clínico emitido por el médico tratante.
- Copias certificadas de las actuaciones del ministerio público que contengan las actuaciones y diligencias que indiquen la forma en que ocurrió el evento causante de la incapacidad, sólo en caso de que existan.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar otros documentos o informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

12. Ajustes de la suma asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, La Latinoamericana pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de esta Póliza.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Latinoamericana por su propio derecho dando aviso oportuno a la contratante o a solicitud de esta, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado.

En uno y en otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se opere el cambio.

13. Formas opcionales de pago de la eventualidad

La Latinoamericana liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la Carátula de la Póliza, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones de liquidación:

Pago Único. La Latinoamericana paga la Suma Asegurada en una sola exhibición.

Fideicomisos. El Contratante y/o el Asegurado pueden contratar un fideicomiso para que la Suma Asegurada sea pagado de acuerdo con lo que se especifique en los Contratos de Fideicomiso de La Latinoamericana.

Cualquier opción de liquidación para recibir los beneficios, que elija el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación de la Póliza, puede ser cambiada siempre y cuando se le notifique por escrito a La Latinoamericana en el inicio o renovación de la póliza y antes de que se liquide cualquier monto pagadero.

14. 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.

15. Entrega de 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.

La Latinoamericana dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de La Latinoamericana, comunicándose a los teléfonos 51302800 en la Ciudad de México., o al 01 800 010 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 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 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.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de La Latinoamericana, en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:00 Hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 Hrs. al teléfono 5521 8055, 5130 2800 Ext. 1633 y 2828 ó al 01 800 010 0528 ó 01 800 00 11900 Ext. 1633 y 2828.

La presente cláusula no aplicará en caso de que la comercialización del seguro sea de forma directa por La Latinoamericana.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

1. Descripción de la cobertura Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Si durante la vigencia de la póliza alguno de los miembros asegurados en esta Cobertura se invalida total y permanente, La Latinoamericana lo eximirá del pago de la prima del plan básico por fallecimiento sujeto a:

- Al cumplir seis meses de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se haya diagnosticado el estado de invalidez total y permanente.
- La Suma Asegurada será la alcanzada a la fecha en que se haya presentado el estado de invalidez y nunca podrá ser mayor a la Suma Asegurada del Beneficio Básico.
- La exención de la prima correspondiente continuará en vigor para el Asegurado inválido hasta que se presente el fallecimiento, la cancelación de la Póliza o desaparezca el estado de invalidez, lo que ocurra primero.
- Cualquier otro Beneficio Adicional se cancelará automáticamente.

Invalidez Total y Permanente Con Pago de la Suma Asegurada (IPSA) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Esta Cobertura proporciona al Asegurado, en una sola exhibición, el pago de la Suma Asegurada contratada, si durante la vigencia del seguro y de acuerdo con las definiciones señaladas en las Condiciones Generales, se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que la invalidez sea total y permanente.

El pago de la Suma Asegurada se realiza al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Con el pago de la Suma Asegurada, se cancela la Cobertura de manera definitiva para el Asegurado y se excluye el pago de la cobertura básica por fallecimiento.

Para las Coberturas por Invalidez (BIT e IPSA) descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

a) Pruebas

Para que La Latinoamericana conceda la Cobertura, el Asegurado deberá presentar a la misma a su costa pruebas de su invalidez y de que ésta sea total y permanente. Además de someterse a los exámenes que a juicio de un médico evaluador de La Latinoamericana que considere necesarios para corroborar la invalidez total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación La Latinoamericana se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en la Póliza.

La Latinoamericana, cuando lo estime necesario en el caso de la Cobertura de Exención de Pago de Primas, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continua su estado de invalidez total y permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente de que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta Cobertura por Invalidez.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Latinoamericana, en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, así como también será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en la Carátula de la Póliza.

Prima

La Latinoamericana concede esta(s) Cobertura(s), con la obligación de pago de la(s) prima(s) adicional(es) correspondiente(s).

Edades

Las edades de admisión y renovación establecidas para esta Cobertura, son las comprendidas entre 12 años y los 64 años.

Límite de Responsabilidad.

Con el pago de la Suma Asegurada de este Beneficio, quedarán en todos los casos, cumplidas las obligaciones de La Latinoamericana, derivadas de este beneficio.

Exclusiones Para las Coberturas por Invalidez (BIT e IPSA)

Estas Coberturas no operaran si la Incapacidad Total y Permanente o la pérdida de la vista o miembros que sufra el Asegurado, fue ocasionada directamente, por cualquiera de las siguientes causas:

- a) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado.**
- c) **Lesiones sufridas siempre y cuando éstas deriven de la participación directa del asegurado 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 encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial 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 viaje de itinerario regular entre puertos y aeropuertos establecidos.**
- g) **Accidentes que ocurran durante la participación directa del asegurado en 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 de su actividad laboral y La Latinoamericana haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j) **Enfermedades preexistentes entendiéndose por estas, aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia del contrato del seguro, que fueron diagnosticadas por un médico.**
- k) **Radiaciones Ionizantes,**

- l) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún Médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.
- m) Cuando el siniestro sea consecuencia de la culpa grave del asegurado
- n) Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.
- ñ) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

2. Descripción de las Coberturas por Accidente

Muerte Accidental (MA)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el Certificado Individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

Muerte Accidental y Pérdidas orgánicas (MAPO)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando, las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente a la fecha del siniestro.

En caso de fallecimiento por muerte accidental la Latinoamericana pagará al beneficiario o beneficiarios la suma asegurada que corresponda de acuerdo a lo señalado en la carátula de la póliza y el certificado individual.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultaren una o más pérdidas orgánicas de las descritas con base en la siguiente Tabla de Indemnizaciones "A", se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura:

Descripción del Beneficio	% de la suma asegurada
La vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo, o un pie conjuntamente con 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 %

A continuación se señalan las posibilidades que de manera opcional se pueden agregar a la indemnización que sobre la Tabla "A" maneja la Tabla "B" como se presentan en el cuadro siguiente:

Descripción del Beneficio	% de la suma asegurada
Tres dedos comprendiendo el dedo pulgar o el índice de cualquier mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el dedo pulgar o el índice de cualquier mano	25 %
El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de cualquier mano	25 %

Descripción del Beneficio	% de la suma asegurada
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de cualquier mano	20 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos de 5 centímetros	15 %
Cualquiera de los dedos medios, el anular o el meñique	5 %

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Colectivo (MAPOC)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, 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 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual respectivo se encontrare en vigor a la fecha del siniestro.

Para los efectos de esta Cobertura, se entenderá por accidente colectivo lo siguiente:

- El accidente que tuviere el asegurado viajando como pasajero en un vehículo publico 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
- El accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcción, grutas o similares; o
- El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel, u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Para que La Latinoamericana se encuentre en posibilidades de resolver lo conducente respecto al pago de la suma asegurada por esta Cobertura, se requerirá que se le acredite la ocurrencia del respectivo accidente ocurrido en alguna de las hipótesis señaladas.

Se considera que la responsabilidad de La Latinoamericana, en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdida Orgánica; así como, en la de Accidente Colectivo, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente en estas Coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos o varias de las pérdidas cubiertas.

Para cualquiera de las Coberturas por Accidente descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas Coberturas se concederán únicamente, si se presenta a La Latinoamericana prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida de miembros del Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la Póliza y siempre que el Certificado individual respectivo se encontrará vigente al momento del siniestro.

Esta cláusula cesará sus efectos automáticamente al término del plazo de Seguro estipulado, o en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado titular cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, cesando la obligación del pago de las Primas correspondientes

Prima

La Latinoamericana concede estas Coberturas con la obligación de pago de una prima adicional a la prima correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento. Para cada tipo de Cobertura le corresponde una cuota en particular.

Edades

Las edades de admisión y renovación establecidas para estas Coberturas, son las comprendidas entre 12 años y los 69 años.

Límite de Responsabilidad

Con el pago de la Suma Asegurada de este Beneficio, quedarán en todos los casos, cumplidas las obligaciones de La Latinoamericana derivadas de este beneficio.

EXCLUSIONES para las coberturas por Accidente (MA, MAPO y MAPOC)

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Infecciones que no provengan de accidente cubierto.
- c) Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales.
- d) Lesiones sufridas siempre y cuando éstas deriven de la participación directa del asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.
- e) Lesiones sufridas al participar el Asegurado como sujeto activo en la comisión de delitos.
- f) Lesiones sufridas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador de la contienda de obra.
- g) Envenenamiento, excepto si fue de origen accidental, intoxicación o reacción alérgica de cualquier naturaleza, incluyendo los ocasionados por bebidas alcohólicas, narcóticos o drogas enervantes, excepto si fueron prescritos por un médico.
- h) Accidentes o lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- i) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- j) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial o marítima. Esta exclusión no opera cuando el asegurado viajare como pasajero, en un vehículo público, ya sea aéreo, fluvial o marítimo, de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- k) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso o se encuentre abordo 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 Latinoamericana haya aceptado expresamente su cobertura.
- l) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismos, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos, o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- m) Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
- n) Radiaciones ionizantes.
- o) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún Médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.

3. Descripción de las Coberturas de Gastos Funerarios (CGF)

(Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

El objeto de la cobertura es solventar el gasto extraordinario e imprevisto por la pérdida del asegurado o de un familiar directo (cónyuge, padre, madre e hijos), debido a los últimos gastos funerarios.

Descripción

Gastos Funerarios del Asegurado (GFA)

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, se indemnizará a los beneficiarios designados hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el Certificado Individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento.

Gastos Funerarios del Cónyuge (GFC)

Para efectos de esta cobertura, se entiende como cónyuge, al esposo(a), al concubinario o concubina. A este cónyuge, en caso de ser incluido en el certificado individual del asegurado, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se indemnizará al asegurado hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el Certificado Individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la Cobertura Básica por Fallecimiento del asegurado.

Gastos Funerarios del Padre o Madre (GFP)

Al padre o madre, incluido en el certificado individual del asegurado, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se indemnizará al asegurado hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el Certificado Individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la Cobertura Básica por fallecimiento del asegurado hasta \$25,000.

Gastos Funerarios de los Hijos (GFH)

A el(los) hijo(s) incluido(s) en el certificado individual del asegurado, se le(s) dará el carácter de asegurado(s) adicional(es).

Al ocurrir el fallecimiento del(los) asegurado(s) adicional(es), se indemnizará proporcionalmente al asegurado por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el Certificado Individual.

Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la Cobertura Básica por fallecimiento del asegurado.

La suma asegurada en el punto precedente, se pagará a uno o a la totalidad de hijos asegurados señalados en el certificado.

Tratándose de asegurados menores a 12 años, se pagará como suma asegurada máxima 60 veces la Unidad de Medida y Actualización Mensual Vigente.

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

Edades

Asegurado	Admisión	Edad Máxima de Renovación	Cancelación
Asegurado	12 a 69 años	69 años	70 años
Cónyuge	12 a 69 años	69 años	70 años
Hijos	0 a 24 años	24 años	25 años
Gastos Funerarios Padre o Madre	12 a 79 años	79 años	80 años

Pruebas

Para que La Latinoamericana conceda la Cobertura, el Asegurado (que será el único Beneficiario, salvo que se trate de GFA, pues para esta cobertura se pagará únicamente al beneficiario que acredite con los documentos fiscales idóneos, haber erogado los gastos producto del fallecimiento del asegurado titular, adicional a la presentación de las pruebas que acrediten el fallecimiento) deberá presentar a la misma, pruebas del fallecimiento del(los) Asegurado(s) Adicional(es).

Para aprobar cualquier reclamación, La Latinoamericana se reserva igualmente del derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad y la de los adicionales, si no se ha hecho la anotación respectiva en la Póliza.

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 70 años, del Asegurado adicional (cónyuge) sea de 70 años, el Asegurado adicional (hijos) sea de 25 años y el padre o la madre sea 80 años.

Prima

La Latinoamericana concede esta Cobertura con la obligación del pago de la prima adicional correspondiente.

EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES:

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

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. Si esto ocurre dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del miembro del Grupo Asegurado incluido en el Certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro del expresado miembro. 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 Compañía.
- b) 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.
- c) Lesiones sufridas por la participación directa del asegurado 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 Asegurado, el Asegurado adicional o sus hijos y/o familiares directos.
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado adicional en una riña, siempre que él, sus hijos y/o familiares directos hayan sido los provocadores de la contienda de obra.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial o marítima, excepto cuando viaje 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 viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- g) Accidentes que ocurran durante la participación directa del Asegurado adicional en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional 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 adicional se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j) Inhalación de gases y humos, a menos que sea accidental.**
- k) Radiaciones ionizantes.**
- l) Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico y siempre y cuando hayan influido en la realización del siniestro.**
- m) Riesgos No Cubiertos por la cobertura de Gastos Funerarios de los Hijos (GFH)**
 - I. El fallecimiento del (de los) hijo(s) del Asegurado a consecuencia de enfermedades congénitas adquiridas durante el período prenatal, salvo las enfermedades hereditarias que quedarán cubiertas.**
 - II. Si el fallecimiento se presentara cuando la edad del (de los) hijo(s) del Asegurado sea menor a 24 horas.**

4. Anticipo Para Gastos Funerarios (AGF) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Mediante esta Cobertura y siempre que el Asegurado haya mantenido esa calidad de manera continua durante un año como mínimo, La Latinoamericana proporciona el anticipo de un porcentaje de la Suma Asegurada contratada por 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 Latinoamericana el Certificado Médico de defunción, siempre que su parte del Seguro sea igual o mayor al pago que por esta Cobertura tenga que efectuar La Latinoamericana.

El monto del anticipo será el 20% de la Cobertura por fallecimiento, con un mínimo de \$5,000.00 y hasta un máximo de 30 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado.

Para estos límites se consideran todas las Pólizas expedidas por La Latinoamericana a favor del Asegurado y que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor. Se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratada esta Cobertura.

El porcentaje de anticipo para obtener la Suma Asegurada de esta Cobertura, estará definida en la Póliza y el Certificado Individual correspondiente.

Se debe comprobar a través de los documentos fiscales idóneos que los gastos fueron erogados por el (los) beneficiario (os) que reclama(n) el pago. La cantidad que por este conducto pague La Latinoamericana, será descontado de la liquidación final a que el Beneficiario, al que se le dio el adelanto y que tenga derecho, según las condiciones estipuladas en la Póliza de la cual forma parte esta cláusula adicional.

5. Anticipo Para Enfermedades Graves (AEG) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Mediante esta Cobertura y siempre que el Asegurado haya mantenido esa calidad de manera continua durante un año como mínimo, La Latinoamericana proporcionará el anticipo de un porcentaje de la Suma Asegurada contratada por fallecimiento, que es del 25% de la referida suma asegurada, con un mínimo de \$5,000.00 y hasta con un tope máximo de 100 Unidades de Medida y Actualización Mensuales vigentes al fecha de diagnóstico de enfermo en fase terminal, en caso de que sea diagnosticado como enfermo en la fase Terminal con una de las enfermedades que más adelante se definen;

- Infarto al miocardio
- Enfermedad cerebro vascular
- Cáncer o neoplasia maligna
- Insuficiencia renal

Siempre que la enfermedad no haya sido preexistente al inicio de vigencia de la Póliza o Certificado Individual de que se trate.

En el momento en que el Asegurado fallezca, se les entregará a los Beneficiarios la Protección por Fallecimiento contratada en la Póliza, menos los adelantos que se hubieren dado por enfermedad grave.

Periodo de Espera para Anticipo de Enfermedades Graves (AEG)

Cuando una de las enfermedades descritas sea diagnosticada por el médico tratante, deberá ser demostrada mediante estudios, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio proporcionados junto con el diagnóstico y pueda ser confirmada por un médico nombrado por La Latinoamericana. Por esta razón La Latinoamericana dispondrá de un periodo máximo de un mes a partir de que el Asegurado presente la reclamación con las pruebas solicitadas para otorgar esta Cobertura.

Definición de Padecimientos Preexistentes

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 previa al inicio de vigencia de la póliza.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho, acorde a las reglas que en dicho proceso deben observarse.

La Latinoamericana acepta que si el reclamante acude a esta instancia se compromete a comparecer ante el o los árbitros que sean designado (s) por ambas partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerara que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

Definición de un 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.

Definición de Enfermedades Cubiertas:

- Infarto al miocardio

Un ataque cardíaco (infarto de miocardio) también conocido como trombosis coronaria, se presenta cuando un área de músculo cardíaco muere o se lesiona permanentemente debido a una provisión inadecuada de oxígeno a esa área debido a un bloqueo de alguna de las arterias coronarias.

Se procederá al pago de esta Cobertura cuando:

- a) El infarto del miocardio haya requerido de atención hospitalaria y cuyos primeros cuatro días haya permanecido en unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- b) El infarto al miocardio determine la incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
- c) No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia de mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.
- d) Persistan las manifestaciones cardíacas de tipo oclusivo o manifestaciones de escaso éxito quirúrgico o de rechazo al tejido empleado.
- e) Se realice cirugía arterio-coronaria a corazón abierto con by pass por enfermedad coronaria obstructiva para la aplicación de 3 o más puentes a arterias coronarias obstruidas. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe de haber sido apoyada por estudios de angiograma, cateterismos coronarios, etc.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

- **Enfermedad Cerebro Vascular**

La enfermedad cerebrovascular (ECV) conocida también como ataque o accidente cerebrovascular (ACV) consiste en un conjunto de síntomas y signos (hallazgos a la exploración médica) de presentación súbita que indican la pérdida de la función de una zona cerebral sin otra causa aparente que el origen vascular (arterias o venas), con secuelas neurológicas de una duración mayor a 24 Hrs. que dejen una deficiencia neurológica comprobada mayor a tres meses. La hemorragia hace referencia a la ruptura de la pared del vaso sanguíneo.

Se procederá al pago de esta Cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema neurológico. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico o de gabinete.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

Cáncer o Neoplasia Maligna

Es el crecimiento descontrolado de células anormales que han mutado de tejidos normales con potencial riesgo de diseminación a tejidos vecinos o a distancia.

Incluye entre otros, la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, así como los melanomas malignos.

Se procederá al pago de esta Cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema causado por el cáncer, neoplasia maligna y/o sus complicaciones. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

Insuficiencia renal

Cuando haya una falla por insuficiencia renal, en estado terminal debido a insuficiencia renal crónica, irreversible de ambos riñones, evidencia por requerir diálisis renal permanente o trasplante renal. Lo anterior se define como: Una función renal que se va haciendo más lenta y el riñón se lesiona gradualmente, se desencadena la incapacidad de

éste para realizar su trabajo. Este fenómeno se llama insuficiencia renal crónica porque el problema se desencadena y desarrolla lentamente, pudiendo llevar al riñón a que deje de funcionar.

Se procederá al pago de esta Cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema causado por la insuficiencia renal y/o sus complicaciones. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- b) **Intento de suicidio o lesión auto infligida con intención.**
- c) **Adicción al alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicos.**
- d) **Enfermedades acompañadas por una infección por VIH (SIDA y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad).**
- e) **Cualquier cáncer sin invasión e “in situ”, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones pre malignas excepto melanoma de invasión.**
- f) **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias, como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- g) **Lesiones y/o padecimientos ocasionados por un traumatismo y/o accidente que no guarden relación alguna con una enfermedad de tipo crónico.**

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 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 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;

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;

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

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 18 de agosto de 2018 con el número CNSF-S0013-0409-2018 / CONDUSEF-003386-01”.