

# condiciones generales

## Seguro de Accidentes Personales Colectivo



## Índice

<b>I. CLÁUSULAS .....</b>	<b>4</b>
1. Contrato.....	4
2. Póliza.....	4
3. Endoso .....	4
4. Vigencia.....	4
5. Omisiones o declaraciones inexactas.....	4
6. Modificaciones.....	4
7. Moneda.....	4
8. Edad .....	4
9. Monto de primas.....	5
10. Formas de pago .....	5
11. Pago de primas .....	5
12. Vencimiento del pago.....	5
13. Plazo de gracia.....	5
14. Periodo al descubierto.....	5
15. Rehabilitación .....	6
16. Prescripción.....	6
17. Renovación.....	6
18. Obligación de asegurar (Art. 17 del Reglamento).....	7
19. Competencia .....	7
20. Notificaciones .....	7
21. Cambio de Contratante .....	7
22. Participación de utilidades.....	7
23. Pago de dividendos.....	7
<b>II. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA .....</b>	<b>9</b>
1. Contratante.....	9
2. Titular.....	9
3. Dependientes económicos.....	9
4. Familia asegurada.....	9
5. Registro de Asegurados.....	9
6. Altas.....	9
7. Bajas.....	10
8. Selección de Riesgo.....	10
9. Ajustes.....	10
10. Ocupación .....	10
11. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro .....	10
12. Entrega de Documentación Contractual.....	10
<b>III. DEFINICIONES GENERALES .....</b>	<b>12</b>
1. Accidentes cubiertos .....	12
2. Suma asegurada .....	12
3. Deducible.....	12
4. Coaseguro .....	12



## Índice

<b>IV. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES.....</b>	<b>14</b>
1. Cobertura de Muerte Accidental (M.A.).....	14
2. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva (M.A.C.) .....	14
3. Cobertura de Pérdidas Orgánicas (P.O.) .....	14
4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas Colectiva (P.O.C.) .....	16
5. Cobertura de indemnización diaria por incapacidad .....	16
6. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos .....	16
<b>V. DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS.....</b>	<b>18</b>
1. Riesgos excluidos .....	18
2. Riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio escrito .....	18
<b>VI. INDEMNIZACIONES.....</b>	<b>19</b>
1. Aviso de accidente .....	19
2. Pruebas .....	19
3. Pago de indemnizaciones .....	19
4. Interés moratorio .....	20
5. Beneficiarios .....	22



## CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

### I. CLÁUSULAS

#### 1. Contrato

El contrato del seguro lo constituyen las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud del seguro, conforme a los cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, sus anexos, las cláusulas adicionales y sus endosos, los consentimientos de los Asegurados en el caso de que se contrate la cobertura de Muerte Accidental y los certificados individuales.

#### 2. Póliza

Documento en el que constan las obligaciones y derechos de las partes en los contratos de seguro.

#### 3. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del contrato y forma parte de éste.

#### 4. Vigencia

El presente contrato entrará en vigor desde la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o desde el momento en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado.

#### 5. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, 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. Cualquier omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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.

#### 6. Modificaciones

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, los cuales deberán constar por escrito mediante endoso o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Toda notificación a la Compañía, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la póliza.

**“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”. (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante. Los Agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.**

#### 7. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza son liquidables en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

#### 8. Edad

- a) En las especificaciones correspondientes a las coberturas contratadas, se establecen los límites de edad dentro de los cuales se otorga el seguro, así como la edad de cancelación.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración, o en su caso, de la renovación del contrato del seguro hubiere estado fuera de los límites fijados la Compañía podrá rescindir, los beneficios de la presente póliza para con el Asegurado, y la Compañía reintegrará al Contratante el 70% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado que hubiere pagado durante el último año de vigencia de la póliza.
- c) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiere estado pagando una prima mayor, la Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado el Asegurado, durante el último año de vigencia de la póliza.
- d) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondiera por la edad real, la obligación de la Compañía para con ese Asegurado será igual a la que la prima pagada hubiese podido comprar de acuerdo a la edad real.
- e) Si después de la muerte amparada por esta póliza se descubre que la edad del Asegurado fue declarada inexactamente, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada por muerte, que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- f) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez comprobada la Compañía hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas de edad.

#### 9. Monto de primas

El monto de la prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de Seguro, la edad y la ocupación del Asegurado. La prima cubre un período de 12 meses en caso de prima anual, o la correspondiente en caso de pago fraccionado. **En cada renovación, la prima se determina de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

#### 10. Formas de pago

El Contratante y/o Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en períodos mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la Tasa de Financiamiento pactada entre el Asegurado y la Compañía al momento de inicio del período del seguro.

#### 11. Pago de primas

El Contratante o el Asegurado deberán pagar a la Compañía las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contra entrega del recibo expedido por la Compañía.

En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la Indemnización pagadera al Contratante o al Beneficiario el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de Seguro contratado.

#### 12. Vencimiento del pago

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

#### 13. Periodo de gracia

El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago de la prima o cualquier fracción de ella, contados a partir de su vencimiento, transcurrido este plazo, si el pago no ha sido efectuado, cesarán los efectos del contrato.

#### 14. Periodo al descubierto

Es aquel lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por accidentes que ocurran durante este período.

### 15. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de primas de las condiciones generales, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el solo 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 la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía 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 Compañía para fines administrativos en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

### 16. 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.

### 17. Renovación

La Latinoamericana podrá renovar los contratos de Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato. **En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.**

Esta póliza se considerará renovada por períodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período el Contratante no da aviso por escrito que es su voluntad no renovarla. El pago de la prima se acredita mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía y se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedan cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad a la fecha de la renovación estén fuera de los límites establecidos en esta póliza.

## **18. Obligación de asegurar (Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)**

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del 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 mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

## **19. 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, Seguros, S.A. de satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al arbitraje de la 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.

## **20. Notificaciones**

Cualquier notificación o reclamación relacionada con la presente póliza deberá hacerse a la Compañía por escrito en su domicilio social. Las notificaciones que ésta deba hacer al Asegurado se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado a la Compañía para recibirlas.

## **21. Cambio de Contratante**

Cuando haya cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio, sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

## **22. Participación de utilidades**

(Si el Plan cuenta con esta opción y deberá de estar especificado expresamente en la documentación contractual)  
El Contratante y el Asegurado en la medida de su contribución, podrán participar siempre que se estipule en la Carátula de la Póliza, desde el primer aniversario de esta Póliza, de las utilidades de La Latinoamericana derivadas de la siniestralidad favorable en las Pólizas de Seguro de Accidentes Personales Colectivo, mediante la siguiente opción:

### **Experiencia General.**

La participación de las utilidades se determinan como un porcentaje de la prima neta de riesgo menos los siniestros ocurridos en el periodo de cálculo, tomando como base las primas devengadas en el periodo de cálculo. La base de cálculo es la cartera total de La Latinoamericana que haya estado vigente en el periodo

## **23. Pago de dividendos**

El pago del dividendo se liquidará al Contratante en la fecha de aniversario de la expedición de la Póliza correspondiente. Los dividendos pueden ser pagados en efectivo o a cuenta del pago de la prima de la vigencia posterior. Si el Contratante no elige alguna de estas opciones, la cual queda indicada en la carátula de la póliza, se aplica la segunda de ellas.



## II. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

### 1. Contratante

Es aquella persona física o moral responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro en su totalidad.

### 2. Titular

Para efecto de esta póliza se considera titular a aquella persona que aparece como Asegurado Principal de la póliza o certificado según sea el caso.

### 3. Dependientes económicos

Por dependientes económicos del Asegurado principal, se consideran las siguientes personas:

- a) Su cónyuge
- b) Los hijos menores de 25 años, solteros que dependan económicamente del titular y que no perciban remuneración por trabajo personal.

Esta dependencia será demostrada a satisfacción de la Compañía.

### 4. Familia asegurada

El Asegurado principal y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en esta póliza.

### 5. Registro de Asegurados

La Compañía formará, por duplicado, un registro de los miembros de la colectividad asegurada. Un ejemplar será enviado al Contratante, quedando el otro en poder de la Compañía. Dicho registro contendrá, entre otros datos, los nombres y edades de los miembros de la colectividad asegurada, las sumas aseguradas y las correspondientes primas, los números de los certificados individuales que se les expidan y el período de vigencia.

**A solicitud por escrito del Contratante, y siempre que proceda, la Compañía modificará el registro.**

- a) Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá hacer lo propio en su ejemplar.
- c) Con el cambio de las sumas aseguradas.
- d) Al renovarse el contrato.
- e) Con cualquier otro cambio que procediere, de acuerdo con este contrato o con la Ley.

### Movimiento de Asegurados

#### 6. Altas

La Compañía mientras esté en vigor la presente póliza, incluirá bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía indicándole la protección que corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza. Cuando la regla incluye a la esposa y a los hijos del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, la esposa quedará cubierta a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando la Compañía reciba aviso por escrito del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta respectiva y obligándose el Contratante a pagar la prima correspondiente. Los hijos de la pareja matrimonial Asegurada nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos por ella a partir de 30 días después de la fecha de nacimiento, sin más requisitos que el aviso por escrito a la Compañía, acompañado del acta de nacimiento, dentro del lapso antes mencionado, obligándose el Contratante al pago de la prima correspondiente.

En caso de no cumplir lo indicado anteriormente y en el punto 18 del numeral I cláusulas, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir. En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la

Compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad y la ocupación de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de prima, por meses completos.

## 7. Bajas

Causarán baja de esta póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para esta persona cesarán desde el momento de la separación excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima neta no devengada correspondiente a dicho Asegurado, calculado en días exactos, siempre y cuando no se le haya pagado alguna reclamación.

## 8. 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.

## 9. Ajustes

En caso de aumentos o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante o Titular, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento de la siguiente prima.

## 10. Ocupación

El Contratante, inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados deberá avisarlo por escrito a La Compañía para que ésta proceda a los ajustes y modificaciones correspondientes.

Si dentro de la vigencia de esta póliza el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa registrada como más peligrosa que la estipulada en la presente póliza y posteriormente al cambio de ocupación sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto o actividad propia de tal ocupación, La Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente póliza, que se hubiere podido comprar con la prima que se pagó de acuerdo al tipo de riesgo manifestado originalmente. Si el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa como no asegurable, el seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagada durante el último año de vigencia de la póliza.

## 11. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro

**Sólo opera para el beneficio de Reembolso de Gastos Médicos, (Se aplicarán únicamente cuando figure en la carátula de la póliza).**

De las reclamaciones que se presenten, se definirán los gastos procedentes en base a las sumas aseguradas contratadas, condiciones vigentes al momento de ocurrir el accidente, limitaciones y exclusiones que aparecen en la carátula de la póliza, certificado individual, condiciones generales y endosos correspondientes.

A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible que de acuerdo a las condiciones de cobertura contratada corresponda; a esta diferencia se le descontará la cantidad que se obtenga de aplicar el porcentaje de coaseguro contratado.

El resultado así obtenido corresponderá a la indemnización que se liquidará sobre la reclamación.

## 12. Entrega de Documentación Contractual.

La Compañía 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 compañía 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 Compañía, comunicándose a los teléfonos 5521 8055 en el D.F., 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 el D.F., o al 01 800 010 0528 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

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

### III. DEFINICIONES GENERALES

#### 1. Accidentes cubiertos

Se considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, violenta y fortuita que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

#### 2. Suma asegurada

Es la cantidad máxima que paga la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia de una reclamación, de acuerdo a los límites pactados en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

#### 3. Deducible

Es la cantidad pactada que se encuentra establecida en la carátula de la póliza y que será a cargo del Asegurado, por los primeros gastos cubiertos en las indemnizaciones por reembolso de Gastos Médicos.

#### 4. Coaseguro

Es el porcentaje con el que participa el Asegurado en las indemnizaciones por R.G.M. después de descontado el deducible.

#### 5. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria.

#### 6. Asegurado

Es la persona física amparada por la póliza.

#### 7. Beneficiario

Persona designada en la póliza por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro.

#### 8. Contratante

Persona física o moral que es responsable ante la Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.

#### 9. Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

#### 10. Exclusiones

Situaciones, eventos o circunstancias que en caso de presentarse no estarán cubiertos por esta Póliza.

#### 11. Fecha de inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

#### 12. Fecha de inicio de Vigencia

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

#### 13. Fecha de término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

#### 14. Lugar de residencia

Lugar donde el asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

#### 15. Reclamación

Es el trámite que realiza el Beneficiario ante la Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia del fallecimiento del Asegurado por un Accidente.

**16. R.G.M.**

Reembolso de Gastos Médicos

#### IV. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES

La contratación de alguna de las siguientes coberturas debe reflejarse claramente en la carátula de la póliza.

##### 1. Cobertura de Muerte Accidental (M.A.)

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere su muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, o a falta de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada determinada de acuerdo con la regla que en la carátula de la póliza se especifica, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por la cobertura de pérdida de miembros y de la vista, siempre que estas pérdidas hayan sido producidas por el mismo accidente que provocó la muerte.

##### Aumento de suma asegurada

Cuando esta cobertura se contrate con aumento, la suma asegurada Inicial se incrementará a la renovación en un porcentaje, especificado en la carátula de la póliza.

La cantidad determinada inicialmente como incremento, se aplicará en cada anualidad completa y consecutiva de la póliza, o certificado, hasta un máximo de 5 veces sin incremento de la prima de cada Asegurado en tanto no se modifiquen las sumas contratadas inicialmente.

**En el caso de personas cuya edad esté comprendida entre los 3 años de edad y hasta los 11 años cumplidos, sólo se otorgará sujeto a suscripción el beneficio de Reembolso de Gastos Funerarios.**

	Límites de edad para Muerte Accidental	Límites de edad para Reembolso de Gastos Funerarios
a) De contratación:	Mínima 12 años Máxima 69 años	Mínima: 3 años Máxima: 11 años
b) De cancelación:	80 años	12 años

##### 2. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva (M.A.C.)

La indemnización pagadera por la cobertura de Muerte Accidental se duplicará si fueran sufridas por el Asegurado.

- Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público (con exclusión de los ascensores en las minas, de los de las obras en construcción, o similares); o
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

##### 3. Cobertura de Pérdidas Orgánicas (P.O.)

Si como consecuencia del accidente cubierto, sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enumeradas a continuación, la Compañía pagará las cantidades correspondientes de acuerdo a la escala contratada conforme a lo siguiente:

Por la pérdida de:	De la suma asegurada para esta cobertura, el:	
	Escala	
	A	B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%	100%

Por la pérdida de:	De la suma asegurada para esta cobertura, el:	
	Escala	
	A	B
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	---	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	---	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	---	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	---	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	---	5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Sordera completa de los oídos	---	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	---	15%

Se entiende por pérdida de la mano, su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie, su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de él, por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por audición la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos.

Cuando se haya contratado la escala de indemnizaciones B, se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido en el párrafo anterior la anquilosis de estos miembros.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza y el certificado respectivo, en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

#### **Aumento de la suma asegurada**

Cuando esta cobertura se contrate con aumento, la suma asegurada inicial se incrementará a la renovación en un porcentaje, especificado en la carátula de la póliza.

La cantidad determinada inicialmente como incremento, se aplicará en cada anualidad completa y consecutiva de la póliza, o certificado hasta un máximo de 5 veces sin incremento de la prima de cada Asegurado en tanto no se modifiquen las sumas contratadas inicialmente.

Límites de edad para esta cobertura	
a) De contratación:	Mínima 3 años Máxima 69 años
b) De cancelación:	80 años

#### 4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas Colectiva (P.O.C.)

La indemnización pagadera por la cláusula de Pérdidas Orgánicas se duplicará si fueran sufridas por el Asegurado.

- a) Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público (con exclusión de los ascensores en las minas, de los de las obras en construcción, o similares); o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

#### 5. Cobertura de indemnización diaria por incapacidad

##### Incapacidad total

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto, el Asegurado, dentro de los primeros diez días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, de manera continua y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital o en su domicilio, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria determinada de acuerdo con la regla que en la carátula de la póliza se especifica, por un período que no excederá de mil cuatrocientos sesenta días.

##### Incapacidad parcial

Si dentro de los diez días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total, como se indica en el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará durante el período de tal incapacidad, el 40% (cuarenta por ciento) de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder del período de pago de ciento ochenta y dos días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total o parcial, de acuerdo con lo establecido en la presente cobertura y las lesiones causadas por el accidente originaren la muerte o alguna de las pérdidas enumeradas en la cobertura de esta póliza, la Compañía pagará las cantidades estipuladas por la pérdida respectiva, siempre que las coberturas correspondientes se hayan contratado.

##### Límites de edad para esta cobertura

a) De contratación:	Mínima 16 años Máxima 69 años
b) De cancelación:	80 años

#### 6. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

Si como consecuencia de un accidente el Asegurado, dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermeras, ambulancias o medicina, la Compañía reembolsará independientemente de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por esta cobertura, previa su comprobación. **No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.**

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase y tratamientos de ortodoncia necesarios a causa del accidente, serán reembolsados por la Compañía hasta un límite de un 15% (quince por ciento) de la suma máxima contratada para esta cobertura y los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado hasta un máximo del 5% (cinco por ciento). Estos conceptos disminuirán en igual cantidad la suma máxima Asegurada para esta cobertura.



Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán siempre que se efectúen dentro de un período de trescientos sesenta y cinco días contados a partir de la fecha en que se eroga el primer gasto, sin que en ningún caso excedan de la Suma Asegurada contratada por este concepto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.

La Compañía sólo reembolsará los honorarios de médicos y enfermeras tituladas y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, los gastos de internación se reembolsarán siempre que hayan sido pagados a sanatorios u hospitales legalmente autorizados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante.

#### **Aumento de la suma asegurada**

Cuando esta cobertura se contrate, la suma asegurada Inicial se incrementará a la renovación en un porcentaje, especificado en la carátula de la póliza.

La cantidad determinada inicialmente como incremento se aplicará en cada anualidad completa y consecutiva de la póliza, o certificado hasta un máximo de 5 veces sin incremento de la prima de cada Asegurado en tanto no se modifiquen las sumas contratadas inicialmente.

<b>Límites de edad para esta cobertura</b>	
a) De contratación:	Mínima 3 años Máxima 69 años
b) De cancelación:	80 años

## V. DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS

### 1. Riesgos excluidos

El contrato de seguro contenido en esta póliza no cubre la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas directamente, en todo o en parte, por alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedad corporal o mental; infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental, tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.
- b) Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución y alborotos populares. Actos delictuosos y riña en que participe directamente el Asegurado con culpa grave de él.
- c) Lesiones intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo y mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- d) Hernias, eventraciones, envenenamientos de cualquier origen o naturaleza y aborto cualquiera que sea su causa, excepto si es accidental.
- e) Participación en carreras o pruebas de seguridad, de resistencia o de velocidad, en automóviles, cochecitos de motor, motocicletas, bicicleta o vehículos similares a los mencionados.
- f) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado, a consecuencia de encontrarse 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)
- g) Inhalación de gas de cualquier clase excepto si es accidental.

### 2. Riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio escrito

Salvo convenio por escrito agregado a esta póliza como cláusula adicional, este Seguro no ampara la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas, directa o indirectamente, en todo o en parte, por alguna de las siguientes causas:

- a) Cuando el Asegurado viajare en cualquier aeronave, como piloto, mecánico en vuelo, miembro de la tripulación o con cualquier otro carácter, excepto como pasajero con boleto pagado o pase debidamente expedido por una empresa de transporte autorizada para el servicio de pasajeros, que realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.
- b) En taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- c) Como ocupante de cualquier automóvil o vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- d) Si el Asegurado viajare en motonetas o motocicletas u otros vehículos similares de motor.
- e) Por la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo o equitación, caída libre con liga.

## VI. INDEMNIZACIONES

### 1. Aviso de accidente

El Asegurado, o el Beneficiario en caso de muerte, deberán dar aviso a la Compañía de cualquier accidente cubierto por esta póliza dentro de los veinte días siguientes de haber ocurrido.

Si se omite el aviso con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro, se perderá el derecho a los beneficios asegurados.

La Compañía tiene derecho a examinar médicamente al Asegurado para resolver sobre cualquier reclamación que se le hubiere presentado.

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

### 2. Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, toda la documentación necesaria para acreditar el accidente ocurrido y los gastos en que incurrió el Asegurado, tales como comprobantes notas, facturas, recetas, etc., que cubran los requisitos fiscales, todo en originales. La Compañía se reserva el derecho en todo tiempo y siempre que lo juzgue conveniente, de corroborar los hechos o situaciones que dieron origen a la reclamación y que ésta derive en una obligación para la misma, pudiendo valerse de cualquier medio legal para hacerlo. **La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus dependientes para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

La Compañía tiene el derecho, en caso de incapacidad del Asegurado para el trabajo, de verificar dicho estado siempre que lo juzgue conveniente y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por la Compañía para este objeto, entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a la Compañía para rechazar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de dicha negativa, circunstancia que la Compañía participará por escrito al Contratante.

### 3. Pago de indemnizaciones

- a) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha de la comprobación del siniestro a la Compañía.
- b) Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado o a quien éste haya designado, excepto las sumas aseguradas por muerte accidental o Reembolso de Gastos Funerarios por accidente las que se pagarán a los beneficiarios designados por el Asegurado.
- c) Los límites establecidos en esta póliza para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente, siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí excepto como queda estipulado en la descripción de cobertura de "Pérdidas Orgánicas".
- d) Cuando se trate de un mismo accidente, recaídas o complicaciones, por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de la Compañía no excederá de las cantidades máximas que resulten de la aplicación de las reglas fijadas en la carátula de la póliza.

Todas las Indemnizaciones cubiertas por la Compañía, serán liquidadas a cada Asegurado, o a quien este haya designado como Beneficiario, en las oficinas de la Compañía en la República Mexicana.

- e) 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 Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía hará la modificación correspondiente. En uno y otro caso deberá ajustarse la prima desde la fecha en que se operó el cambio.

Para proceder la reclamación de Muerte Accidental o Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente, el (los) Beneficiario(s), o su representante legal, debe presentarse en la oficina de servicio más cercana a la localidad, con la siguiente documentación:

#### **Declaración de fallecimiento**

- Original del Acta de Defunción o copia certificada por el Registro Civil.
- Acta de nacimiento original y copia, del Asegurado y sus Beneficiarios, No mayor a tres meses desde su expedición.
- Acta de nacimiento original y copia, del Asegurado y sus Beneficiarios, No mayor a tres meses desde su expedición.
- Identificación oficial de los Beneficiarios.
- Acta del Ministerio Público en original y copia certificada. En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley.
- Comprobantes de gastos (únicamente si se contrató la cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios).
- En caso de Reembolso de Gastos Funerarios, el cheque se expedirá a nombre de la persona que aparezca en la factura.

En caso de que no haya Beneficiarios asignados por el Asegurado, el pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios legales, designados a través de un juicio sucesorio.

#### **4. Interés moratorio**

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

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.

## 5. Beneficiarios

Para efectos de la cobertura de Muerte Accidental, el Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo el certificado respectivo para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Compañía pague al último Beneficiario de que tenga conocimiento, la Compañía quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato. El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable y que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente póliza, como lo previene el artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

## ADVERTENCIAS

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

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

***La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.***

**TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY DEL CONTRATO SOBRE EL SEGUROS, REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES Y LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.**

## LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

### Artículo 2

Para efectos de esta Ley, se entenderá por:

- V.** Coaseguro, la participación de dos o más Instituciones de Seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con un mismo asegurado;
- XXV.** Reaseguro, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, una Reaseguradora Extranjera o una entidad reaseguradora del extranjero toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por una Institución de Seguros o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo;
- XXVI.** Reaseguro Financiero, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, en los términos de la fracción XXV del presente artículo, realiza una transferencia significativa de riesgo de seguro, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora; así como el contrato en

virtud del cual una Institución de Fianzas, en términos de las fracciones XXIII o XXV de este artículo, realiza una transferencia significativa de responsabilidades asumidas por fianzas en vigor, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora o reafianzadora;

#### **Artículo 215**

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

#### **Artículo 276**

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que 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.

#### **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.

### **Artículo 492**

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

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

### **DISPOSICION TRANSITORIA DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS**

**Tercera.-** En tanto el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Banco de México y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas dictan los reglamentos y las disposiciones de carácter general a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, seguirán aplicándose las expedidas con anterioridad a la vigencia de la misma, en las materias correspondientes, en lo que no se opongan a dicha Ley. Los miembros de la Junta de Gobierno y los servidores públicos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, continuarán en el desempeño de sus funciones y ejerciendo sus respectivas atribuciones, conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el Reglamento de Inspección y Vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas expedidos con anterioridad a la fecha en que entre en vigor la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Al expedirse las disposiciones a que se refiere esta disposición, se señalarán expresamente aquéllas a las que sustituyan o que queden derogadas.

### **LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

#### **Artículo 8**

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones

convenidas, tales como los conozca y deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

### **Artículo 9**

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

### **Artículo 10**

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

### **Artículo 19**

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

### **Artículo 21**

El contrato de seguro:

I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

### **Artículo 25**

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

### **Artículo 33**

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

### **Artículo 34**

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

### **Artículo 40**

Si no hubiese sido pagada la prima o la 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 41**

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

#### **Artículo 47**

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

#### **Artículo 48**

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

#### **Artículo 49**

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

#### **Artículo 51**

En caso de la rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta Ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

#### **Artículo 52**

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

#### **Artículo 56**

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

#### **Artículo 60**

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

#### **Artículo 63**

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

#### **Artículo 64**

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

#### **Artículo 65**

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

#### **Artículo 66**

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

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

#### **Artículo 67**

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

#### **Artículo 68**

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

#### **Artículo 69**

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

#### **Artículo 70**

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

#### **Artículo 71**

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

#### **Artículo 72**

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

#### **Artículo 76**

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

#### **Artículo 77**

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

#### **Artículo 81**

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

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

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

#### **Artículo 82**

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

#### **Artículo 84**

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

#### **Artículo 100**

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

### **Artículo 102**

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.

### **Artículo 103**

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Tratándose de la concurrencia de seguros contra la responsabilidad, las empresas de seguros participarán en cantidades iguales en el pago del siniestro. Si se agota el límite o suma asegurada de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado en cantidades iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.

### **Artículo 163**

El seguro de personas pueda cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

### **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 hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

#### **Artículo 204**

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

### **REGLAMENTO DEL SEGURO DE Y ENFERMEDADES GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**

#### **Artículo 17**

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del 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 mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

#### **Artículo 18**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

#### **Artículo 19**

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora 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. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

### **Artículo 20**

Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, 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.

Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

### **Artículo 21**

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

## **LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

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:

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

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



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

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

### **Artículo 68**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho 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

**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 07 de septiembre de 2016 con el numero CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.**